

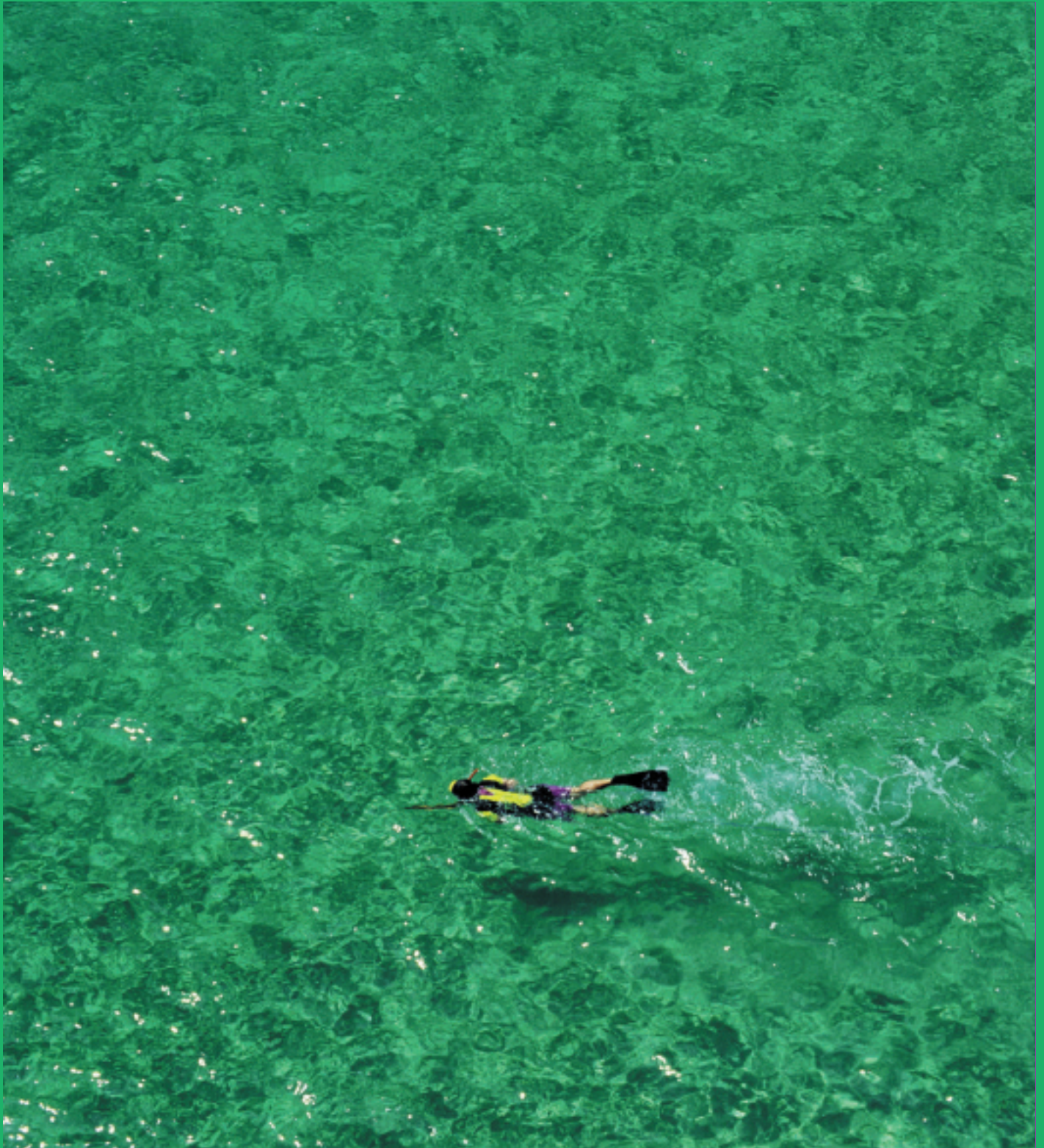
Medlemsbladet 3

2008

NR



SVENSK FÖRENING FÖR OBSTETRIK & GYNEKOLOGI
Swedish Society of Obstetrics and Gynecology



MEDLEMSBLADET

Ansvarig utgivare: Anne Ekeryd-Andalen
Tel: 0322-22 65 94

Layout: Moniqa Frisell

All korrespondens till föreningen
skall ställas till:

SFOG-Kansliet, Drottninggatan 55, 2 tr
111 21 Stockholm

Tel: 08-440 01 75. Fax: 08-22 23 30

Jeanette Swartz. E-post: kansliet@sfog.se

Internet: www.sfog.se

Annons: Anne Ekeryd-Andalen

E-post: anne.ekeryd-andalen@vgregion.se

Platsannonser hemsidan:jeanette.swartz@sfog.se

SFOGs styrelse 2008:

Ordförande: Charlotta Grunewald

Kvinnokliniken, Södersjukhuset,

118 83 Stockholm

Tel: 08-616 26 25. Fax: 08-616 26 40

E-post: charlotta.grunewald@sodersjukhuset.se

Vice ordförande: Ulf Högberg

Kvinnokliniken, Norrlands Universitetssjukhus

901 85 Umeå

Tel: 090-785 68 33. Fax: 090-13 75 40

Epost: ulf.hogberg@obgyn.umu.se

Facklig sekreterare: Eva Uustal Fornell

Kvinnokliniken, Linköpings Universitetssjukhus

581 85 Linköping

Tel: 013-222 000. Fax: 013-0148156

E-post:eva.fornell@lio.se

Skattmästare: Sven-Erik Olsson

Kvinnokliniken, Danderyds sjukhus

182 88 Stockholm

Tel: 08-655 56 08. Fax: 08-753 22 76

E-post: sven-eric.olsson@ds.se

Vetenskaplig sekreterare: Lars-Åke Mattsson

Kvinnokliniken, Sahlgrenska Universitet/Östra,

416 85 Göteborg

Tel: 031-343 40 00. Fax: 031-25 43 87

E-post: lars-ake.mattsson@vgregion.se

Redaktör för medlemsbladet:

Anne Ekeryd-Andalen

Gymnottagningen, Alingsås Lasarett

441 83 Alingsås

Tel 0322-22 65 94. Fax: 0322-22 64 83

E-post: anne.ekeryd-andalen@vgregion.se

Utbildningssekreterare: Marie Bixo

Kvinnokliniken, Norrlands universitetssjukhus

901 85 Umeå

Tel:090-785 21 40. Fax: 090-77 39 05

E-post: marie.bixo@obgyn.umu.se

Ledamot/Webbmaster: Måns Edlund

Kvinnokliniken, Karolinska Universitets-

sjukhuset Solna, 171 76 Stockholm

Tel 08-517 700 00. Fax 08-31 81 14

E-post mans.edlund@karolinska.se

Ledamot: Anders Lagrelius

ANDLAG AB/Oxbackskliniken kvinnohälsan

Lagmansvägen 14, 152 40 Södertälje

Tel: 08-550 991 00. Fax: 08-554 431 20

E-post: anders@lagrelius.com

Ledamot/Yngre representant: Sara Sundén-

Cullberg, Kvinnokliniken K54, Karolinska

Universitetssjukhuset, Huddinge

141 86 Stockholm, Tel 08-585 800 00

E-post sara.sunden-cullberg@karolinska.se

Tryck: Elanders

ISSN 0284-8031

— Ordförande har ordet —



Kära Medlemmar och Kollegor!

Det tvärprofessionella samarbetet mellan SFOG, Barnläkareföreningen och Barnmorskeförbundet, med stöd av LÖF (Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag), framskrider enligt planerna. Under ett tvådagars internat i april träffades "team Gällivare", "team Uppsala", "team Varberg" och "team Jönköping" i Stockholm. Varje team består av en eller flera obstetrikare, barnmorskor och neonatologer. Syftet med internatet var dels att få en grundutbildning i hur en revision går till, dels att gå igenom resultatet av testomgången. Testomgången består i att verksamhetscheferna vid nämnda orters förlossningskliniker har, tillsammans med sina medarbetare, besvarat ett frågeformulär som berör på vilket sätt man säkerställer patientsäkerheten inom förlossningsvården. Teamen ägnade sig åt att grundligt gå igenom rapporterna och bifogade dokument, t.ex lokala PM, för att på så sätt förbereda sig för ett platsbesök i maj. I samband med platsbesöket ska man även intervju utvalda personer vid respektive klinik. Därefter ska teamen överlämna en återföringsrapport.

Syftet med den beskrivna processen är att den ska vara ett stöd för klinikledningen i arbetet med att öka patientsäkerheten, med fokus på att förebygga förlossnings-skador på barn. En tanke är också att processen ska bidra till ett ömsesidigt lärande och utveckling. Genom revisorsuppdragen ges möjlighet till både inblick i hur andra kliniker gör och till utbyte av erfarenheter och idéer med kolleger utanför den ena kliniken. I uppdraget som revisor ingår också att samla goda exempel som andra kliniker kan dra nytta av.

Efter genomförd testomgång, och genomförda förbättringar av instrument och process, är tanken att från och med hösten 2008 kunna erbjuda deltagande av landets samtliga kvinnokliniker med förlossningsavdelning. Då kommer vi att behöva många fler frivilliga revisorer (för vår del = obstetrikare!). Om du är intresserad, kontakta gärna Jeanette Swartz på vårt kansli. Låter det rörigt? Egentligen är det inte så komplicerat, men onekligen ett arbete som kräver en tydlig struktur och ett effektivt administrativt stöd. Utan

I DETTA NUMMER

SFOGs kansli – mitt i Stockholm	7
Årsredogörelse för förvaltningen under år 2007	8
Valberedningens förslag till styrelse för SFOG	17
Laparoskopisk kirurgi vid gynekologisk cancer	20
Nya OGU-styrelsen	26
OGUs ST-dagar	29
Så här är vi	30
Har du hört talas om ENTOG?	33
Mina dagar som ST-läkare i Faro, Portugal	34
Pionjärer inom Obstetrik och Gynekologi	36
Gynopregistret	37
"Modern management of menorrhagia"	40
Ny avhandling	43

LÖF's bidrag skulle detta projekt inte vara möjligt. Vi är inte vana vid att få denna typ av "service" – det känns helt fantastiskt!

I april sammanträdde en annan grupp på ett annat internat, nämligen styrelserna för SFOG och OGU. Vi hade ett behov av att träffas för att lära känna varandra och diskutera gemensamma frågor. Vår nya utbildningssekreterare, Marie Bixo, ledde förmiddagens diskussion om den nya ST-målbeskrivningen. För att förstärka yngre kollegors representation i utbildningsnämnden kom vi överens om att OGU ska ha två representanter där. Specialistexamens varande eller ickevarande diskuterades livligt. OGU's medlemmar vill ha en frivillig examen. I diskussionen framkom dock att såväl inom SFOG som i OGU's styrelser är meningarna delade. Det framfördes önskemål om att den skriftliga och muntliga delen av examinationen bör hållas ihop tidsmässigt. Detta är dock både ett praktiskt och organisatoriskt svårt problem. Vi diskuterade SFOG-veckan, både dess frekvens och OGU's delaktighet. Vi var överens om att det finns ett socialt värde i att ha mötet varje år. OGU vill gärna ha minst ett sym-

posium och tre workshops kvar, de senare med fördel anpassade till målbeskrivningen. Mer samarbete kring förenings symposiet föreslogs. Vi beslutade att prisutdelningen av Berndt Kjessler-priset flyttas till midnatten för att få en festligare form runt utdelningen, på liknande sätt som med OGU-priset idag. OGU's årsmöte har tidigare varit i samband med SFOG-dagarna och då med mycket få deltagare. Efter flytten till OGU's ST-dagar har deltagandet ökat avsevärt och mötet blivit ett forum för diskussion. I detta sammanhang diskuterades hur SFOG's årsmöte kan göras mer attraktivt. Vidare ämnen som avhandlades var OGU-enkäten, där önskemålet från OGU om en webbaserad lösning verkar vara möjlig inom nära räckhåll. Den aktuella frågan om subspecialisering ledde till en lång diskussion. Fördelar med en strukturerad utbildning, en tydligare karriärväg och en rekryteringsbas måste vägas mot nackdelar med risken för delning av specialiteten och svårigheter för mindre kliniker att kunna erbjuda subspecialisering. Mötet var enigt om vikten av en gemensam bas med en sammanhållen grundutbildning för specialiteten. Frågan kommer att tas upp på årsmötet under

SFOG-veckan för vidare diskussion. Avslutningsvis konstaterades att denna typ av möten mellan OGU och SFOG är viktiga och berikande och vi som var där röstar för en upprepning varje år framöver.

I detta nummer av Medlemsbladet presenteras för första gången gemensamma kvalitetsparametrar för gynekologisk kirurgi från de båda kvalitetsregistren Gynopregistret och GKR. Detta är ett viktigt steg i riktningen mot att få en nationell överblick av våra vanligaste gynekologiska operationer. Ett stort TACK till Anders Kjaeldgaard, Jan-Henrik Stjernedal, Mats Bergström, Mats Löfgren och Kerstin Palm, som alla träget arbetat för att få till stånd denna redovisning.

SFOG's tre förslag till årets Riksstämmsymposier har glädjande nog alla blivit accepterade. Sålunda kan vi i november vi se fram emot att få höra om "Akut buk under graviditet", "Patientsäkerhet inom förlossningsvården" samt "Kan vi påverka dagens aborttal och i så fall hur".

Allt gott önskar

Charlotta Grunewald



ACTA online

Nu kan Du som medlem i SFOG läsa ACTA Obstetrica et Gynecologica on line. Gå in på www.nfog.com så finner Du vidare instruktioner där. Det kräver följsamhet till instruktionerna men det fungerar!

Red

Internat 16–17 april SFOG och OGU



Du har väl bokat vecka 35?

Nya medlemmar

Staffan Bergström, Visby

Tsiartas Panagiotis, Trollhättan

Jaroslav Radzioch, Karlskoga

Nurfia Färnstrand, Gävle

Henrik Larsson, Falun

Magnus Strand, Obbola

Annika Carlson, Bromma

Ulrik Dolberg Anderson, Lund

REDAKTÖRENS RUTA

En försmak av programmet på SFOGveckan hittar du redan idag i detta nr – Laparoskopisk kirurgi vid gynekologisk cancer. Många andra läckerheter kommer att serveras i Skövde, så tveka inte, boka bord redan idag. Menyn har något för alla smaker och dessutom underhållning till desserten!

Tack för alla artiklar och rapporter med bilder som ni skickar in till tidningen. Det gäller inte bara att visa upp sig från den bästa sidan på fotot utan använda kamera med hög upplösning för bästa resultat. Vi ses!

Anne Ekeryd-Andalen

Följande tider gäller för medlemsbladet 2008:

<i>Nr</i>	<i>Deadline</i>	<i>Utkommer</i>
4	7 september	Vecka 41
5	26 oktober	Vecka 48

Manus skickas eller faxas till:

Redaktör Anne Ekeryd-Andalen

Gynmottagningen, Alingsås Lasarett • 441 83 Alingsås

Telefon 0322-22 65 94 • Telefax: 0322-22 64 83

E-post: anne.ekeryd-andalen@vgregion.se

Adressändring skall göras till

SFOG-Kansliet • Drottninggatan 55 • 111 21 Stockholm
eller kansliet@sfog.se



Kära kollegor

”Läkarutbildningen är felkonstruerad - när man betraktar en tavla så börjar man väl inte och detaljstuderar ena hörnet”. Citatet kommer från en läkarstudent apropå uppbygget av läkarutbildningen. Oavsett hur utbildningsplaner har sett ut genom tiderna har dock de flesta lyckats få ihop helhetsbilden under AT och därefter. Den stora utmaningen efter grundutbildningen är dock att behålla den akademiska förankringen genom ST och vidareutbildning. Begreppet ”klinisk kompetens” har olika innebörd för olika personer. För många står det för handlingsförmåga och kunskap om behandlingsrutiner. Vi får dock aldrig glömma bort att vi också behöver bibehålla en grundvetenskaplig förankring och ett kritiskt förhållningssätt. I det perspektivet skulle den nya målbeskrivningen för ST-utbildningen faktiskt kunna bli ett steg i rätt riktning.

I den nya ST-utbildningen kommer det att ingå ett obligatoriskt eget arbete med vetenskaplig förankring. Många av våra ST-läkare gör redan nu ett eget arbete och utbildningsnämnden har under åren skaffat sig erfarenheter av att examinera dessa, vilken nu kommer väl till pass. Tydligare instruktioner och kvalitetskrav kommer dock att behövas, som stöd både för våra ST-läkare och handledare. Det egna arbetet ingår i de gemensamma mål som kommer att gälla alla specialiteter och möjligheterna att ha gemensamma riktlinjer och kurser kommer bl.a. att diskuteras på ett möte med alla specialitetsföreningar i Malmö 10-12 september i år. Införandet av 6 månaders ”avhandlings-rabatt” på de 5 åren minimitid för ST är ytterligare en åtgärd för att höja forskningskompetensen hos läkargruppen.

Läget när det gäller den nya målbeskrivningen är just nu att Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd samt de gemensamma målen kommer att fastställas under våren. ST-rådet kommer därefter

att jobba vidare med de medicinska delmålen i samarbete med respektive specialitetsförening. I utbildningsnämnden har vi påbörjat ett arbete med att se över hur vi på bästa sätt kan stötta den nya ST-utbildningen. Det handlar bl.a. om att se över kursutbudet, revidera utbildningsboken och specialistexamen. En diskussion med OGU angående dessa frågor påbörjades under det gemensamma internatet i april (se Ordförandebrevet).

Den nya ST-utbildningen omfattar läkare som fått legitimation efter 1 juli 2006 eller, om legitimation erhållits före detta datum, de som ansöker om specialistkompetens efter 31 december 2013. Många ST-läkare omfattas alltså redan av föreskrifterna för den nya ST-utbildningen trots att målbeskrivningar m.m. inte är klara. Denna situation skapar naturligtvis en del oro. Ett råd är att dokumentera så mycket som möjligt av kursintyg, klinisk tjänstgöring, handledningstillfällen m.m. och att se till att handledaren har handledarutbildning. Ett bra hjälpmedel för dokumentation är www.kompetensportföljen.se.

Under detta år kommer ändå det mesta att vara sig likt. Specialistskrivningen genomfördes av 30 ST-läkare och samtliga blev godkända. Den muntliga tentamen kommer att hållas i Malmö 16-17 oktober och vi hoppas att så många som möjligt fullföljer även denna del av specialistexamen. SK-kurser är ju som bekant en bristvara, men tack och lov har SFOG ett rikt utbud av egna kurser. Under året ordnas sammanlagt hela 32 fortbildningskurser i SFOGs regi och många är öppna även för ST-läkare. Imponerande! Utbildningsfrågor diskuteras också med de övriga specialitetsföreningarna i Norden. Vid ett möte med Educational Committee i maj kommer gemensamma kurser att diskuteras. I stället kommer sannolikt mötet ”Hot Topics” att läggas ned pga lågt deltagarantal.

SPUR är Läkarförbundet och Läkarsällskapets verksamhet för kvalitetssäkring av AT- och ST-utbildningen och regelbundna inspektioner av kliniker som har ST-utbildning genomförs av specialitetsföreningarna. SFOG har fem SPUR-grupper med tre personer i varje och under 2008 genomförs/planeras tre inspektionsbesök per grupp. Obligatorisk extern kvalitetsgranskning av de enheter som ska bedriva ST-utbildning är för närvarande ett allmänt råd från Socialstyrelsen men bl.a. Läkarförbundet pläderar för att det ska vara en föreskrift istället. Alltså kan obligatoriska SPUR-inspektioner bli en realitet i en snar framtid.

Som nybliven utbildningssekreterare i SFOG ser jag fram emot att få arbeta konkret med en ny och förbättrad ST-utbildning, att bidra till en fortbildning som håller hög kvalitet och att på ett konstruktivt sätt knyta ihop grundutbildningen med ST. Dessutom vill jag sträva efter ett närmare samarbete med OGU, SFOGs ARG-grupper och våra sex medicinska fakulteter. Utbildningsnämnden består för närvarande av Aino Fianu-Jonasson (Huddinge), Barbro Edén (Göteborg), Pål Wölner-Hansen (Lund), Martin Stjernqvist (Malmö), Cilla Salomon (Stockholm), Matts Olovsson (Uppsala) och Jan Brynhildsen (Linköping). Aino är ansvarig för specialistexamen och Pål är SPUR-ansvarig. Dessutom har vi glädjande nog två OGU-representanter vilket kommer att ytterligare stärka samarbetet med OGU. Det känns betryggande att ha detta starka team av utbildningsintresserade och pedagogiskt kompetenta kollegor med när vi nu skapar en modern och högkvalitativ ST-utbildning.

Vänliga hälsningar,
Marie Bixo

SFOGs kansli – mitt i Stockholm

Bara några minuters promenad från Centralstation eller från Läkaresällskapet på Drottninggatan 55, 2 tr, ligger SFOGs kansli. Hit flyttade kansliet för snart 1 1/2 år sedan. Här finns jag 4 dagar i veckan i ljusa trevliga lokaler. Tillsammans med andra småföretagare delar vi på konferensrum, kök och sällskapsutrymmen. Det är bra stämning och folk är trevliga.

För er som inte redan har varit i kontakt med mig: Jag heter Jeanette Swartz och har nu jobbat på SFOG i dryga 3 år. Innan arbetade jag med marknadskommunikation på ett större företag i en helt annan bransch. Efter att ha vidareutbildat mig till webbmaster kom jag till SFOG.

Mina arbetsdagar är intensiva med varierande arbetsuppgifter. Jag fungerar som "spindel i nätet" på SFOGs kansli.

Förutom att assistera styrelsen med alla tänkbara arbetsuppgifter så är kontakten

med er medlemmar en trevlig del i mitt arbete.

SFOG har ju idag ca 1750 medlemmar. Via e-post och telefon får jag många olika frågor och det är lika roligt varje gång att kunna hjälpa till. Får jag dessutom chansen att möta er under SFOG-veckan och få ett ansikte till den person jag pratat med, är det ett extra +. Ni har väl anmält er? www.sfogveckan.se

Med ett uppdaterat SFOG-register når vi alla medlemmar. Därför är det av stor vikt att ni kontaktar kansliet om ni flyttat eller bytt mailadress.

En annan kär och viktig uppgift jag har är SFOGs hemsida, www.sfog.se. Tror ingen missat att besöka den, om inte annat för att anmäla sig till SFOGs utbildningskurser som endast kan göras via webbanmälan idag. Hemsidan är full med information, nyheter, kurser, skrivningar,

kalendariet och med informationen i vår rullande ruta kan ni ständigt hålla er uppdaterade med vad som skrivs i media. Dessutom kan ni läsa Medlemsbladet var ni än är. Tillsammans med Måns Edlund, vår webbansvarige, försöker jag ständigt utveckla hemsidan.

Som ni märkt har det kommit ut flera ARG-rapporter i år och fler är på gång. Då vi också rear äldre rapporter kommer det massor med beställningar.

Till min hjälp har vi inhyrd personal en gång i veckan som bl a har hand om fakturering och vissa ekonomiuppgifter.

Är ni i närheten - Kom gärna förbi och ta en fikapaus med mig.

Ha en skön sommar,
Jeanette
jeanette.swartz@sfog.se



Årsredogörelse för förvaltningen under år 2007

Styrelsen för Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi får härmed avge redogörelse för föreningens trettionionde verksamhetsår, det etthundrafjärde året som sektion i Svenska Läkaresällskapet.

VERKSAMHETSBERÄTTELSE

Styrelsen har under det gångna året haft åtta protokollförda sammanträden samt ett strategi-internat.

Den här det gångna verksamhetsåret haft följande sammansättning:

Charlotta Grunewald, ordförande

Ulf Högberg, vice ordförande

Birgitta Segeblad, facklig sekreterare

Lars-Åke Mattsson, vetenskaplig sekreterare

Lisskulla Sylvén, utbildningssekreterare

Sven-Eric Olsson, skattmästare

Åsa Magnusson, redaktör för Medlemsbladet

Måns Edlund, ledamot och webbmaster

Anders Lagrelius, ledamot

Sara Sunden-Cullberg, ledamot, OGU-representant

Allmänt om verksamheten

Föreningens aktivitet har under året bland annat präglats av omfattande utbildningsaktiviteter i samband med kurser och konferenser, hantering av ett stort antal remisser, arbeten med nya ARG-rapporter och bildandet av en ny AR-Grupp (Etik-ARG), påbörjat samarbete med andra aktörer för att förbättra patientsäkerheten inom förlossningsvården och öka kunskapen vid mödradödsfall, aktivt deltagande i samhällsdebatten och internationella kontakter var god se nedan.

Remisser har, som tidigare år, fördelats inom och utanför styrelsen. Vissa remissvar har, som t.ex. remissförslaget om tidig fosterdiagnostik, besvarats av styrelsen efter att flera olika AR-Grupper lämnat synpunkter.

Styrelsen har ansvarat för två verksamhetsmöten, där verksamhetschefer, professorer och representanter från AR-Grupper

och intresseföreningar deltagit, ett i samband med Vintermötet i januari och ett i samband med SFOG-veckan i Luleå. SFOG-veckan lockade 684 deltagare och programmet var mycket uppskattat (se nedan). Under årsmötet tilldelades Eva Rylander årets Berndt Kjessler pris.

Kvalitetsregistret Gynop-registret har under året utvecklats ytterligare. På initiativ från styrelsen har ett samarbete mellan Gynop-registret och det Stockholmsbaserade GKR (Gynekologiskt kvalitetsregister) påbörjats i syfte att successivt samordna resultat från de båda registren bl.a genom att presentera gemensamma data.

Styrelsen och representanter från Perinatal-ARG har aktivt deltagit i ett påbörjat samarbete mellan LÖF (Landstingens ömsesidiga försäkringsbolag), Barnmorskeförbundet och Barnläkarföreningens Neonatalsektion i syfte att förbättra patientsäkerheten vid våra förlossningsavdelningar.

Styrelsen har initierat ett arbete med syfte att öka kunskap kring maternella dödsfall i Sverige. Här har ett samarbete mellan Epidemiologiskt Centrum, Socialstyrelsen, och intresserade kollegor inom SFOG samt Barnmorskeförbundet påbörjats. Styrelsen har beslutat att bilda en ny AR-grupp för kontinuerlig granskning och uppföljning av aktuella fall.

Styrelsen har deltagit i diskussioner med representanter för Socialstyrelsen i frågor som berör specialiteten såsom medicinska aborter, tidig fosterdiagnostik, rapportering av mödradödlighet och registrering av intrauterin fosterdöd från graviditetsvecka 22.

Föreningen har aktivt deltagit i samhällsdebatten med bl.a debattinlägg i mass-

media i en rad frågor såsom vem som ska utföra medicinska aborter, rätten att välja bort gynekolog av önskat kön, tidig fosterdiagnostik, vaccination mot HPV mm.

Kansliet flyttade i januari in i nya lokaler på Drottninggatan 55, där SFOG fram till sommaren hyrt två rum, ett större och ett mindre. Efter att Marie-Louise Schyberg slutat sin tjänst 21/5 2007 sades det mindre rummet upp. Det större rummet rymmer två arbetsplatser. SFOG har utöver detta tillgång till allmänna utrymmen såsom kök, samtalsrum och konferensrum med plats för 10-12 personer. Styrelsen beslutade under året att t.v. avstå från att köpa en lokal.

Jeanette Swartz gick upp till 80 % tjänstgöring fr.o.m. augusti. Kansliet har haft inhyrd hjälp för vissa ekonomiuppgifter, till exempel fakturering, avstämning samt utskick av ARG-rapport beställningar. Ingrid Larsson, som skött bokföringen och nu även utbetalningar, utökade delvis sin arbetstid med några timmar per vecka.

Medlemsbladet

Redaktör för medlemsbladet under 2007 har varit Åsa Magnusson. Medlemsbladet har under året utkommit med fem nummer och har en upplaga på ca 1700 ex. Medlemsbladet finns också tillgänglig via hemsidan. Alla medlemmar är välkomna att skicka in bidrag till och påverka innehållet i medlemsbladet. Annonstäckerna minskade under året med knappt 15%.

SFOG-kansliet

Kansliets huvuduppgifter har varit att ge stöd åt styrelsen, medlemsadministration och ekonomiarbete. Kansliet har även varit stöd för ARGUS och ARG-verksamheten. Dessutom har kansliets uppgift varit att

underhålla SFOGs hemsida och styrelsens interna arbetssida. Kansliet har varit behjälplig med Arbets- och Referensgrupperna samt Intressegruppernas hemsidor. Kansliet har också ansvar för SFOG-veckans hemsida.

Följande remissvar har avgivits under året 2007

Fullständiga remissvar finns på www.sfog.se

2007-11-29 Remiss: Sjukhusens läkemedelsförsörjning (SOU 2007:53)

2007-09-20 Remiss: SOSFS 2007; "Föreskrifter och allmänna råd om fosterdiagnostik och preimplantatorisk genetik diagnostik" och "Genetiska undersökningar i hälso- och sjukvården"

2007-09-03 Remiss: Betänkandet SOU 2007:3 - Utredningen om föräldraskap vid assisterad befruktning

2007-08-19 Remiss: Föreskrifter om ändring av Läkemedelsverkets föreskrifter (LVFS 1997:10) om förordnande och utlämnande av läkemedel (receptföreskrifter) Diarienummer 581:2007/45204

2007-05-18 Remiss: Förslag till spärning av patientgrupper som erhållit blodtransfusion i Sverige före 1992

2007-04-12 Remiss: från Livsmedelsverket angående SBU-rapport: "Nyttna av att berika mjöl med folsyra i syfte att minska risken för neuralrördefekter (NTD)"

2007-03-29 Remiss: Föreskrifter om begrepp och termer (Dnr 191/07)

2007-02-12 Remiss: Patientdatautredningens huvudbetänkande om en ny Patientdatalag (SOU 2006:82)

2007-01-22 Betr eventuell överenskommelse med Svenska Läkaresällskapet och Läkemedelsindustriföreningen (LIF) om samarbetsformerna

2007-01-15 Socialstyrelsens förslag om föreskrifter och allmänna råd om socialnämndens utredning och fastställande av föräldraskap samt dess konsekvenser.

SFOGs aktiviteter med Svenska Läkaresällskapet (SLS)

Under året har SFOG representerat i fullmäktige av fyra ledamöter. Ordförande, vice ordförande vetenskaplig sekreterare och utbildningssekreterare har deltagit i SLS fullmäktigemöten.

Vetenskapliga sekreteraren Lars-Åke Mattsson har också varit ledamot i Riksstämmodelegationen.

Svenska Läkaresällskapet Riksstämman 2007

Vid årets riksstämman som gick av stapeln i Älvsjö arrangerade SFOG fyra olika symposier som vi trodde skulle attrahera kolleger även utanför den egna specialiteten. Titlarna var följande: "Könsstympade kvinnor – om bemötande och behandling i vården" (moderator Elisabeth Persson), "Graviditet och Livsstil" (moderator Göran Berg), "Klimakteriebehandling – åt vilket håll slår pendeln i dag?" (moderator Lars-Åke Mattsson och "Antikonception idag – var står vi idag?" (moderator Kristina Gemzell-Danielsson).

Med tanke på att merparten av föreningens vetenskapliga aktivitet ligger under SFOG-veckan så är ändå 150 åhörare som det var på åtminstone ett par av symposierna ett hyggligt resultat.

Sveriges Läkarförbund

Under det gångna året har fackliga sekreteraren representerat föreningen vid tre representantskap i Läkarförbundet. Den nya målbeskrivningen har fortsatt vara en fråga som återkommit vid varje möte under året. Under våren förberedes en motion om specialistföreningarnas roll i framtidens läkarförbund den togs sedan upp på fullmäktige i november. Tyvärr blev det avslag åter igen på detta. Andra frågor som har tagits upp har varit barnpornografi och dess konsekvenser, detta med anledning av domar i frågan och hur detta ska tacklas bland vårdanställda. Psykiatriutredningen som avslutades 2006 presenterades på representantskapet i början av året. Under hösten presenterades också den nya socialförsäkringsutredningen.

Kirurgrådet samlades till sitt årliga möte i slutet av september, fackliga sekreteraren deltog. Vård för mötet var ögonläkarföreningen. Dels presenterades kvalitetsregister utifrån "Eye-Net" i Karlskrona, dels togs konsekvenserna av implementering av nya behandlingsrutiner i ögonsjukvården upp. Vidare diskuterades i gruppen de olika specialisternas register och dess för och nackdelar för verksamheterna.

Den nya specialitetsindelningen kom åter upp då handkirurgerna och urologerna vill fortsätta att driva frågan om detta på grund av de konsekvenser denna får i respektive verksamhet.

SFOG-veckan i Luleå 20/8-24/8

Den tredje SFOG-veckan hölls i Luleå i strålände sensommarväder. Programmet var väl balanserat och täckte alla aspekter av vår specialitet. Såväl ansvariga för det vetenskapliga som det sociala programmet har anledning att känna sig nöjda med resultatet. Med informativa plenarföreläsningar, från "Könshormoners inverkan på minne och inlärning" till "Ett 40-årsperspektiv på global reproduktiv hälsa", en rad symposier med olika aktuella frågeställningar och ämnesområden, workshops, aktuella avhandlingsreferat och mycket annat intressant och lärorikt och med nästan 700 aktiva deltagare kan styrelsen endast gratulera till ett lyckat och högt uppskattat möte.

Styrelsen ansvarade för ett förenings-symposium med rubriken "Läkare – Förälder – Forskare – en omöjlig ekvation?".

Arbets- och referensgrupper

Ett referat från Riks-ARGsmötet i Luleå har publicerats i Medlemsbladet.

Flera arbetsgrupper har varit mycket aktiva under året och färdigställt eller i det närmaste färdigställt ARG-rapporter. Vid årsskiftet 2007/2008 utkom ARG-rapport 55, Obstetriskt Ultraljud. Närmast i tur att publiceras är rapporter om Endometrios, PCOS och Neonatal Asfyxi.

Den nybildade Etik-ARG har varit aktiv och har under året haft flera välbesökta möten.

En ny AR-Grupp som skall fokusera på Maternell Mortalitet är under bildning.

Föreningens hemsida

Föreningens hemsida är nu inne på sitt tredje år i ny skepnad. Besöksfrekvensen är stadigt över 500 unika besökare per dygn och mycket över detta i perioder då hemsidan används som ingång till exempelvis kursansökningar eller SFOG-veckan.

Styrelsens sida och valda AR-Gruppers hemsidor är etablerade, några AR-Grupper använder fortfarande sina hemsidor mycket sparsamt eller inte alls.

Under året har 11 platsannonser köpts på hemsidan. Utöver detta har vi under året haft vår första externa annonsör med banner.

Under föregående år påbörjades ett arbete med att ta fram alternativa lösningar på sökning av aktuella artiklar för publicering/länkar på hemsidan. En enkel och kostnadseffektiv lösning med att utnyttja en på webben redan befintlig sökmotor har tagits tillvara, instruktion för tillväga gångssättet finns beskrivet på hemsidan.

Verksamhetsmöten

Verksamhetschefsmöten har hållits i samband med vintermötet den 1 februari i Stockholm och vid SFOG-veckan i Luleå den 21 augusti. I februari togs den nya arbetstidslagen upp och konsekvenserna för den kliniska verksamheten. Det nya vaccinet mot HPV och de implikationer det kan komma att få på cervixcancer. SBU:s

rapport om fosterdiagnostik som var färsk togs upp som en stor punkt på mötet.

Vid mötet i augusti var aborter den stora punkten. En utredning om abortverksamheten har initierats av SoS och frågan diskuterades av mötet.

Praktiska erfarenheter av CUB samt HPV screening och cervixcancer prevention var andra punkter på mötet liksom presentation av den avslutade ”27-veckors studien”.

Utbildningsfrågor

SFOGs utbildningsnämnd under 2007 har utgjorts av Lisskulla Sylvén (ordförande), Aino Fianu-Jonasson (ansvarig specialistskrivning/examen), Cilla Salamon, Pål Wölner-Hanssen (ansvarig SPUR verksamhet) Sara Sundén-Cullberg (OGU representant), Matts Olovsson,

Barbro Edén och Martin Stjernqvist. Nämnden har sammanträtt vid två till-

fällen (6/2 och 19/10) under året. Utbildningsnämnden har som tidigare år arrangerat specialistskrivningen och varit examinationsnämnd vid den muntliga tentamen i specialistexamen.

NFOGs utbildningskommitté hade ett flertal telefonkonferenser och arrangerade Hot Topics i Helsingfors 4–6/10 och hade i samband med detta även möte.

I arbetsgruppen för nya ST-målbeskrivningen har förutom Utbildningsnämndens ledamöter Christina Gunnervik, Kriistina Kask, Kerstin Nilsson, Birgitta Segeblad och Caroline Larsson deltagit. Målbeskrivningsgruppen har under året haft två möten 6/2 och 26/4.

Utbildningssekreteraren har deltagit i möte med ST målbeskrivningsansvariga i landet arrangerat av Socialstyrelsen 12/12.

Enskilda möten och telefonkonferenser med Socialstyrelsen har ägt rum vid ytterligare två tillfällen. Nya ST målbeskrivning färdigställdes för remissutskick.

Ulrika Ottander erhöll diplom för genomgången subspecialisering i Gynekologisk onkologisk kirurgi.

Utbildningssekreteraren har under året representerat SFOG på möte om "Studierektorns roll" på Läkaresällskapet den 26/4 och "Kvalitén i den svenska läkarutbildningen" den 7/9.

Utbildningsnämnden tillhandahöll under året 33 kurser för specialister och ST-läkare.

Under 2007 tilldelades specialiteten 10 SK-kurser via IPULS. Utbudet av SK-kurser är fortfarande litet i förhållande till vårt eget kursutbud.

SFOGs introduktionskurs (ABC-kursen) hölls i Uppsala 19-21/9. Intresset för ABC-kursen är fortsatt högt.

Skrivningen, ingående i SFOGs frivilliga specialistexamen ägde rum 16/3 med 24 deltagare som alla klarade skrivningen. Den muntliga delen av examinationen ägde rum på Kvinnokliniken Malmö den 18 okt. 13 deltagare klarade den muntliga tentamen.

Ansvarig för SPUR-verksamheten inom SFOG var Pål Wölner-Hanssen. Följande kvinnokliniker inspekterades under året Örebro, Växjö, Karolinska Universitetssjukhuset Solna samt Akademiska sjukhuset Uppsala.

Möte med ST ansvariga och grundutbildningsansvariga hölls under SFOG-veckan i Luleå.

OGU

OGU har under 2007 varit representerade av Sara Sundén-Cullberg i SFOGs styrelse och av Kristiina Kask tom sept. och därefter Märten Strömberg i Utbildningsnämnden. Susanne Hesselman har under 2007 varit ordförande i OGU. OGU:s styrelse har haft 5 styrelsemöten och 1 telefonmöte. I september hölls ett internat på 2 dagar för utarbetande av ett maldokument för OGU samt utarbetande av 2008-års OGU-enkät.

ST-dagarna anordnades av underläkarna i Västerås i april i nära samarbete med OGU. Det var hög kvalitet på föreläsningarna och välordnade hands-on övningar i Det asfyxiska barnet och Suturteknik.

Under dessa dagar hölls också OGU:s välbesökta årsmöte.

Under SFOG-veckan hade OGU ett stort program med fyra välbesökta ST-workshops: "Avancerad HLR på gravida", "Hur inducerar vi bäst", "Recidiverande candida" och "Endometriosis" samt två symposier: "Vem skall leda sjukvården- proffsbroiler eller hustomte" och "Våldtagen men inget offer".

Barbro Eden tilldelades OGU-priset som delades ut för fjärde gången.

OGU har haft ett eller flera bidrag i flertal nummer av medlemsbladet. Sara Sundén-Cullberg har medverkat vid SFOGs verksamhetschefsmöten och har även presenterat OGU:s verksamhet vid ABC-kursen i Uppsala. Sara Sundén-Cullberg presenterade även OGU under AT-stämman i Stockholm i mars.

I NFYOG har Susanne Hesselman varit ordförande vilket inneburit en plats i NFOGs styrelse. NFYOG höll ett seminarium i Köpenhamn i juni med titeln "Is there a future for obstetrics?" Susanne Hesselman och Åsa Wahlberg har representerat Sverige i NFYOG. Genom OGU kunde två ST-läkare delta i det årliga ENTOG utbytet som 2007 hölls i Österrike.

Internationellt samarbete

FIGO

SFOG har under året tagit del av en stor andel information från FIGO. För att underlätta informationsutbytet har en egen länk till FIGO skapats.

SFOG har via FIGO engagerats i ett s.k. twinningprojekt i syfte att stärka positionen för vår motsvarande intresseorganisation i Pakistan (SOGP). En annan aspekt av projektet är att förbättra mödradödligheten i landet genom konkreta hälso- och sjukvårdsinsatser inom ett begränsat

område på landsbygden utanför Karachi. SFOG har utsett en mentor för projektet, Bo Möller, vilken tillsammans med ordförande i SFOG och Anna Nordfjell, ordförande i SBF besökte Pakistan i mars. Ett uppföljande möte hölls via FIGO i London i maj. Där deltog även representanter från de övriga 12 twinningprojekten. Dr Shershah Syed, ordförande i SOGP, inbjöds att delta i SFOG-veckan. Dr Syed höll en mycket uppskattad föreläsning om kvinnovåld och om gravida kvinnors situation i Pakistan.

NFOG

SFOGs ordförande och vetenskaplige sekreterare har deltagit i NFOGs tre styrelsemöten under året och bidragit vid planering av och deltagit i NFOGs Hot Topics kongress i Helsingfors okt 2007. Vi har även deltagit aktivt i planering av NFOG's kongress i Reykjavik i juni 2008. Vi har aktivt verkat för att fler stipendie-medel skall delas ut från NFOG, dels för ökat kliniskt utbyte mellan de nordiska länderna, dels för forskningsaktiva kollegor i Norden. Vi har deltagit i diskussioner kring tillsättning av ny chefredaktör i Acta Obstetrica et Scandinavica. Vi har verkat för att NFOG ska engageras i och delvis finansiera utgifter för det sk Twinningprojektet i Pakistan mellan SFOG och Pakistans motsvarighet (SOGP) respektive DSOG och dess motsvarighet i Nigeria. Ordförande har även deltagit i ett möte i Odense, organiserat av DSOG, där abortsituationen i Danmark respektive Sverige diskuterades.

EBCOG

Av SFOGs två EBCOG-representanter, Göran Berg (GB) och Charlotta Grunewald, har GB deltagit i EBCOGs styrelsemöten i Bryssel respektive Wien under 2007 och därefter avgivit rapport till styrelsen.

SFOG har deltagit i stöd för ECCA – europeisk sammanslutning för cervix-cancerprevention. ■

RESULTATRÄKNING	2007	2006
INTÄKTER		
Nettoomsättning Not 1	3.462.525	3.815.005
Övriga intäkter	2.653	-
SUMMA INTÄKTER	3.465.178	3.815.005
RÖRELSENS KOSTNADER		
ARG-verksamhet	- 60.663	- 243.684
Medlemstidning	- 411.303	- 454.838
Övriga externa kostnader Not 2	- 2.053.250	- 1.893.974
Personalkostnader Not 3	- 664.305	- 809.037
Årets avskrivning	- 27.292	- 31.505
SUMMA RÖRELSEKOSTNADER	- 3.216.813	- 3.433.038
RÖRELSERESULTAT	248.365	381.967
RESULTAT FRÅN FINANSIELLA		
INVESTERINGAR		
Ränteutgifter	43.756	25.631
Utdelningar	41.550	33.970
Räntekostnader och liknande resultatposter	- 12.668	- 17.743
Realisationsvinster och realisationsförluster	- 3.729	53.296
RESULTAT EFTER FINANSIELLA		
POSTER	317.274	477.121
Skatt på årets resultat	- 203.294	- 66.710
ÅRETS RESULTAT	<u>113.980</u>	<u>410.411</u>
BALANSRÄKNING	2007-12-31	2006-12-31
TILLGÅNGAR		
ANLÄGGNINGSTILLGÅNGAR		
Inventarier Not 4	46.220	73.512
SUMMA ANLÄGGNINGSTILLGÅNGAR	46.220	73.512
OMSÄTTNINGSTILLGÅNGAR		
VARULAGER M.M.		
Färdiga varor	178.808	190.300
KORTFRISTIGA FORDRINGAR		
Kundfordringar	441.765	36.195
Skattefordringar	-	96.321
Övriga kortfristiga fordringar	5.744	72
Förutbetalda kostnader och upplupna intäkter	144.243	102.458
SUMMA KORTFRISTIGA FORDRINGAR	591.752	235.046
KORTFRISTIGA PLACERINGAR		
Aktier och andelar Not 5	2.390.910	2.469.363
SUMMA KORTFRISTIGA PLACERINGAR	2.390.910	2.469.363
KASSA OCH BANK	1.054.968	1.121.596
SUMMA OMSÄTTNINGSTILLGÅNGAR	4.216.438	4.016.305
SUMMA TILLGÅNGAR	<u>4.262.658</u>	<u>4.089.817</u>
EGET KAPITAL OCH SKULDER	2007-12-31	2006-12-31
EGET KAPITAL		
Ingående eget kapital	3.610.277	3.209.866
Beslutade bidrag Not 6	- 10.000	- 10.000
Årets resultat	113.980	410.411
SUMMA EGET KAPITAL	3.714.257	3.610.277
KORTFRISTIGA SKULDER		
Leverantörsskulder	177.856	64.632
Övriga kortfristiga skulder	106.146	117.477
Upplupna kostnader	264.399	297.431
SUMMA KORTFRISTIGA SKULDER	548.401	479.540

SUMMA EGET KAPITAL OCH SKULDER	4.262.658	4.089.817
POSTER INOM LINJEN		
STÄLLDA SÄKERHETER	-	-
KOMMENTARER OCH NOTER		
REDOVISNINGSPRINCIPER		
Årsredovisningen har upprättats enligt Årsredovisningslagen och Bokföringsnämndens allmänna råd.		
Tillämpade redovisnings- och värderingsprinciper är oförändrade jämfört med föregående år.		
Kortfristiga placeringar värderas enligt lägsta värdets princip. Upplupen ränta på placeringarna redovisas som upplupen intäkt i balansräkningen.		
Fordringar har upptagits till de belopp varmed de beräknas inflyta.		
Övriga tillgångar och skulder har upptagits till anskaffningsvärden där inget annat anges.		
Periodisering av inkomster och utgifter har skett enligt god redovisningssed.		
Not 1 NETTOOMSÄTTNING	2007	2006
Medlemsavgifter	1.252.800	1.240.860
Annonsintäkter	1.087.550	1.347.625
ARG-verksamhet	530.588	587.401
Diagnoshandbok	31.661	63.209
Årsrapporter	240.000	240.000
Utbildningsnämnden	49.100	63.100
Utfakturerade kostnader	42.759	65.503
OGU ST-dagar	133.002	85.750
Bidrag	95.065	121.557
	<u>3.462.525</u>	<u>3.815.005</u>
Not 2 ÖVRIGA EXTERNA KOSTNADER	2007	2006
Årsmöte	41.785	37.561
Medlemsavgifter (Acta, Figo, NFOG, ECOG, IFFS)	605.584	589.144
Möten och kongresser	385.758	423.860
Utbildningsnämnden	48.095	133.163
Revisionsarvoden	66.500	63.750
Övriga kostnader inkl OGU	905.528	402.184
	<u>2.053.250</u>	<u>1.893.974</u>
Not 3 PERSONALKOSTNADER		
Medelantalet anställda, med fördelning på kvinnor och män har uppgått till:		
	2007	2006
Kvinnor	1	2
Män	-	-
	<u>1</u>	<u>2</u>
Löner, ersättningar och sociala avgifter har uppgått till:		
	2007	2006
Löner och ersättningar	450.734	551.284
Pensionskostnader	47.720	78.058
Sociala avgifter	159.012	160.246
	<u>657.466</u>	<u>789.588</u>

Not 4 INVENTARIER	2007-12-31	2006-12-31	Not 5 AKTIER OCH ANDELAR				
Ingående anskaffningsvärde	172.627	469.589		Marknads-	Anskaffnings-	Bokfört-	
Inköp	-	-	värde	värde	värde		
Försäljning/utrangering	-	- 296.962	Svenska aktier/ aktierelaterade				
Utgående ackumulerade anskaffningsvärden	172.627	172.627	instrument	2.612.399	2.390.910	2.390.910	
Ingående avskrivningar	- 99.115	- 364.572				<u>2.390.910</u>	
Årets avskrivningar	- 27.292	- 31.505				<u>=====</u>	
Försäljningar/utrangeringar	-	296.962	Not 6 BESLUTADE BIDRAG				
Utgående ackumulerade avskrivningar	- 126.407	- 99.115	Beslutade bidrag 2007 och utbetalade 2007				
Utgående planenligt restvärde	<u>46.220</u>	<u>73.512</u>	Eva Rylander		10.000 kr		
					<u>10.000 kr</u>		

Stockholm den 16 april 2008

<i>Charlotta Grunewald</i> Ordförande	<i>Ulf Högberg</i> Vice ordförande	<i>Lars-Åke Mattsson</i> Vetenskaplig sekreterare	<i>Birgitta Segeblad</i> Facklig sekreterare
<i>Lisskulla Sylvén</i> Utbildningssekreterare	<i>Sven-Eric Olsson</i> Skattmästare	<i>Åsa Magnusson</i> Red, Medlemsbladet	<i>Måns Edlund</i> Ledamot, webbmater
	<i>Anders Lagrelius</i> Ledamot	<i>Sara Sundén-Cullberg</i> Ledamot, OGU-representant	

Vår revisionsberättelse har lämnats den 28 april 2008.

Christer Eriksson *Gerald Wallsterson*
Auktoriserad revisor

Det ekonomiska utfallet år 2007 framgår av årsberättelsen. Årsmötet i Luleå blev också det en framgång och jag tror säkert att det blir så även i Skövde. SFOG står som ekonomisk garant. För 2008 så sänktes medlemsavgiften med 100:- till 1000 kr. Medlemsavgiften föreslås oförändrad under år 2009.

Sommarhälsningar!

Sven-Eric Olsson

Skattmästare SFOG

SFOGs budget 2008

Intäkter

Medlemsavgifter	1 100 000
Medlemsblad annonsering	1 000 000
ARG-abonnemang	500 000
Försäljning ARG-rapporter	150 000
Försäljning Diagnoshandbok	50 000
Årsrapport kvinnokliniker	240 000
Platsannonser hemsidan	100 000
Administrationsavgift fortbildningskurser	60 000
Övriga poster	70 000
OGU (ST-dagar/Bidrag Stiftelsen)	35 000
Täckning underskott av eget kapital	305 000
Totalt samtliga intäkter	3 610 000

Kostnader

SFOG-kansliet	800 000
Medlemsavgifter nfog/acta/ebcog/figo/iffs	650 000
Medlemsbladet 1-5 (layout/tryck/utskick)	450 000
ARG-rapport (tryck/utskick)	200 000
Styrelsemöten (inkl internat)	400 000
Övriga möten	150 000
Utbildningsnämnden	150 000
ARG-verksamhet	120 000
Årsrapport kvinnokliniker	100 000
Pakistanprojektet	100 000
Datakostnader	25 000
Hemsidan	20 000
Revision	70 000
Bokföring	70 000
Diverse övriga kostnader (porto/tele/kontorsmaterial)	150 000
Avskrivningar	35 000
OGU	120 000
Totalt samtliga kostnader	3 610 000

KALLELSE

Medlemmarna i Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi kallas härmed till årsmöte

Tid: Onsdagen den 27 augusti kl 10.30 – 11.45

Lokal: Bergasalen, Billinge hus, Skövde

Föredragningslista – Årsmöte

- a) Mötet öppnas
- b) Val av ordförande och två justeringsmän för årsmötet
- c) Styrelsens verksamhetsberättelse
- d) Skattmästarens ekonomiska redogörelse
- e) Revisorernas berättelse
- f) Fråga om ansvarsfrihet för styrelse och skattmästare
- g) Årsavgift för det kommande året
- h) Avgift för ARG-abonnemang
- i) Val av styrelseledamöter
- j) Val av två revisorer jämte revisorssuppleant
- k) Val av valberedning
- l) Information om utbildning
- m) Subspecialisering inom obstetrik och gynekologi
- n) OGU-information om nytt måldokument och enkäten
- o) Information om ARG-verksamheten
- p) Berndt Kjessler-pristagare 2008
- q) Övriga ärenden
- r) Tid och plats för nästa årsmöte - SFOG-veckan 2009
- s) Mötet avslutas

Vid årsmötet är gott om tid avsatt för diskussion. Alla medlemmar är välkomna att delta. Om ni vill att styrelsen ska förbereda övriga ärenden var vänlig kontakta ordförande i förväg.



STIFTELSEN
FÖR UTBILDNING
OCH UTVECKLING
INOM OBSTRETIK
OCH GYNEKOLOGI

INFORMATION FRÅN STIFTELSEN

Onsdagen den 27 augusti 2008

kl 11.45 (efter årsmötet)

Bergasalen, Billinge hus, Skövde

Berndt Kjessler priset 2008 till

Professor Staffan Bergström



Staffan Bergström har med ett aldrig sviktande engagemang brunnit för livsuppgiften att förhindra mödradöd i låginkomst länder. Via ett stort internationellt nätverk har han stridit för den utsatta kvinnan i reproduktiv ålder genom ständigt återkommande rapporter, massmediala insatser, genomförandet av seminarier, publicering av läroböcker i mödrahälsovård och obstetrik, samt en stor forsknings – och utbildningsinsats. Staffan Bergström är sedan 1996 verksam som Professor i Internationell Hälsa vid Institutionen för folkhälsovetenskap vid Karolinska Institutet.

Charlotta Grunewald
Ordförande SFOG

Marie Bixo
Utbildningssekreterare SFOG

Valberedningens förslag till styrelse för SFOG

Ordförande	Ulf Högberg	Nyval
Vice ordförande	Pia Teleman	Nyval
Facklig sekreterare	Eva Uustal Fornell	Fortsatt mandat
Vetenskaplig sekreterare	Pelle Lindqvist	Nyval
Utbildningssekreterare	Marie Bixo	Fortsatt mandat
Skattmästare	Sven-Eric Olsson	Omval
Redaktör	Anne Ekeryd-Andalen	Fortsatt mandat
Övrig ledamot, webmaster	Måns Edlund	Omval
Övrig ledamot	Anders Lagrelius	Fortsatt mandat
Övrig ledamot, OGU-repr	Mårten Strömberg	Nyval
Revisorer		
Auktoriserad revisor	Christer Eriksson	
Lekmannarevisor	Gerald Wallstersson	
Revisorssuppleant	Elisabeth Ljunger	
SFOGs valberedning:	Gunnar Möllerström (sammankallande), Margareta Hammarström, Jan Wall	

Ordförande



Ulf Högberg

Jag föddes 1949 i Karlskoga, barndom i Stockholm och Norrland, läste vid KI och Umeå universitet, leg läk 1976. Utmaningarna som läkare på landsbygden i Mozambique 1977-78 ledde till att jag valde FV (ST) i obstetrik & gynekologi i Falun och sedan skrev

avhandlingen *Maternal Mortality in Sweden* (1986). Jag stod på toppen av klinisk bredd som nybliven avdelningsläkare, sedan har det blivit mer växelbruk mellan universitet och klinik. Jag blev 1990 överläkare på kvinnokliniken vid Norrlands Universitetssjukhus, docent och lektor, professor 2000. Obstetrik ligger mig varmt om hjärtat, men trivs väldigt bra på gynnottagningen också, just nu mest dysplasi och vulvamottagningar. Jag söker också finnas kvar i jourkedjan, både fram- och bakjour. Utbildningsfrågor har alltid engagerat mig, som klinisk handledare, i grundutbildningen som studierektor och lärare, ST-handledare, och tidigare ledamot i Utbildningsnämnden.

Forskningsteman för mig kan sammanfattas i obstetrik och reproduktiv hälsa. Banan har jag rört mig i har varit från död-

lighet, intervention/behandling, då och nu, u-land, till nu också upplevelser, normer, attityder, etik och hälsoekonomi. Forskningsmetoderna har varit både kvantitativa, kvalitativa och bara lite laborativa. Utan forskningssamarbete skulle det inte bli mycket, i nätverket ingår förutom obstetrik & gynekologi också epidemiologi & folkhälsovetenskap, där jag har forskningssamarbete med universitet i Etiopien, Nicaragua och Indonesien, samt i Umeå med pediatrik, barnpsykiatri, psykiatri, omvårdnad, och Umeå Centrum för genusstudier.

Nu har jag gått i lära som vice ordförande en period. Oj vad jag har lärt mig mycket! Bättre mentor än Charlotta kan man inte ha, och vilka duktiga och trevliga styrelseledamöter med professionalitet och arbetsglädje! Vid sidan av har jag också haft förmånen att vara med i Etik-ARG från början.

Jag är så stolt över SFOGs mäldokument att främja kvinnohälsa med fokus på gynekologi och obstetrik (www.sfog.se, Meddelanden fr styrelsen). Jag ser SFOGs roll som helt central för att befrämja kunskapsutvecklingen och föra ut vetenskapliga rön i vården, att möta utmaningar, omprövningar och prioriteringar vi ständigt ställs inför i offentlig och privat hälso- och sjukvård. För min egen del kan jag bara lova att jag ska försöka på bästa sätt och med träget arbete söka företräda SFOG.

Jag har två flygfärdiga barn, får vila och ro i sommarhus i Dalarna, i skog och fjäll sommar som vinter.

Vice ordförande



Pia Teleman

Jag föddes, växte upp och medicinstuderade i Lund. Gjorde AT och specialistutbildning i Norrköping och stannade kvar ytterligare 7 år då jag bidrog till att bygga upp en kontinensmottagning. Lust att lära mera förde mig tillbaks till Lund och jag disputerade 2003 på en avhandling

om urininkontinens; när det kliniska arbetet med urogynekologi och benign kirurgi tillåter går forskandet vidare i (alltför) långsam takt inom samma område. I Lund har vi de senaste åren byggt upp ett samarbete mellan primärvård och urologi i det sk UroGynCentrum med gemensamma lokaler och mottagningsverksamhet kring kvinnor med störningar i nedre urinvägarna.

Under åren i Östergötland var jag fackligt engagerad, i Lund

har jag sett en del av andra sidan som tf verksamhetschef under ett år. Som typ A-person brinner jag för att rutiner och logistik kring vården ska vara så tydlig och enkel som möjligt och lägger ner en del tid och energi på förbättringsarbete.

För några år sedan tackade jag spontant ja till att delta i SFOG-arbetet som facklig sekreterare. Vår specialitetsförening var för mig då synonymt med matnyttiga ARG-rapporter samt oundgängliga fortbildningskurser. Åren i styrelsen fick mig att inse att SFOG också har ett reellt inflytande i de kretsar där besluten som angår kvinnosjukvården i Sverige fattas. Att vara en del av SFOGs styrelse innebär en stor möjlighet att påverka utvecklingen av svensk kvinnosjukvård men även hur vi arbetar och utvecklas inom professionen och specialiteten. Jag ser fram emot att få möjligheten att delta i det arbetet igen.

Fritiden tillbringas med tillfälliga motionssatsningar, läsning, umgänge med maken och de tre barnen varav ett utflug, gärna i fritidshuset på en ö i den sanslöst vackra östgötska skärgården. Skidåkning i Alperna, musik och en bra engelsk deckare ökar välbefinnandet liksom dans.

Vetenskaplig sekreterare



Pelle Lindqvist

Jag heter Pelle Lindqvist och är 50 år. Jag är uppvuxen i Sundsvall och gick läkarutbildningen i Stockholm/Uppsala. Jag började inom kvinnosjukvården 1985 i Hudiksvall. Jag sökte ett ortopedvikariat men tillfrågades om jag inte kunde ta ett vik på kvinnokliniken medan jag väntade.

Jag kände att jag utvecklades mycket både som person och inom professionen och stannade kvar inom kvinnosjukvården. Mellan 1989 och 92 arbetade jag i Sundsvall där jag blev specialist. Jag skulle ner till Malmö för att lära mig mer ultraljud i två veckor och tillfrågades av min blivande vetenskaplige handledare Karel Marsal om jag inte kunde ta ett vikariat i stället. Jag vikarierade 3 månader 1992, en tid då jag påbörjade ett projekt om prediktion av preeklampsi och tillväxthämning. Året därefter flyttade jag ner till Kvinnokliniken UMAS, Malmö där jag fortsatte forskningen och har arbetat de senaste 16 åren. Kliniskt var jag initialt inriktad mot laparoskopisk kirurgi för att senare i mitten på 90-talet ansvara för kolposkopiverksamheten. Från slutet på 90-talet har jag framför allt varit obstetriskt inriktad och främst tjänstgjort på förlossningen samt specialistmödravården.

Forskningsmässigt har min inriktning hela tiden varit prediktion och förhindrande av graviditets- och förlossningskomplikationer. Min avhandling 1999 handlade om risk och riskbedömning vid preeklampsi, tillväxthämning samt trombos. Jag har fortsatt vara mycket aktiv inom forskningen och har samma huvudinriktning med en slagsida mot trombosriskberäkning, trombofili och graviditetskomplikationer. Jag blev docent 2003. Jag har hittills varit huvudhandledare för en doktorand som disputerade på psykologiska aspekter vid positivt cellprov. Från och med i höst kommer jag att arbeta vid Karolinska sjukhuset/ Huddinge och ser mycket fram mot detta.

Intresset för trombofilier och trombosförebyggande arbete ledde mig till Hem-ARG där jag varit aktiv i 10 år, de senaste åren som ordförande. Vi har lagt ner mycket arbete på att ta fram underlag för trombosrisk bedömning under graviditeter samt implementering av de nya riktlinjerna om trombosprofylax i samband med graviditet som kom ut via Hem-ARG 2004. Vi är för närvarande engagerade i en uppdatering av vår skrift samt en landsomfattande uppföljning av ITP patienter under graviditet.

Familjen upptar en stor del av fritiden. Vi (jag och min fru Elisabeth Epstein) har tre barn 4, 10 och 12 år gamla. Vi uppskattar att resa, träna, umgås med vänner samt att ta del i barnens aktiviteter. För närvarande tränar jag och älskte sonen Kung Fu/Kickboxning, annars är jag allätare inom racketsport/löpfung. Tidigare tävlingskytt, numer missar jag helst inte älgjakten.

Övrig ledamot, OGU-representant



Mårten Strömberg

Pedagogik och utbildningsfrågor ligger i släkten. Mormor var Sveriges första kvinnliga skoldirektör och morfar var rektor och satt i utbildningsnämnden i riksdagen. Han var också en av arkitekterna bakom grundskolereformen 1962, men det är något jag helst inte vill klandras för. Mamma följde i deras fotspår

och blev lärare. Det är med andra ord ett tungt arv, men i just detta fall väger dess ok lätt, eftersom det är min övertygelse att vi genom att engagera oss i utbildningsfrågor har en möjlighet att påverka vår egen vardag.

Jag heter Mårten Strömberg och är ST-läkare på Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Göteborg. Jag har kommit halvvägs på

min ST och är engagerad i OGU. Sedan april i år är jag ordförande i styrelsen och har således just inlett ett spännande jobb med ett gäng trevliga kollegor. Att jag hamnade i Göteborg efter att ha vuxit upp i Stockholm beror förstås på kärleken. Jag avslutade gymnasiestudierna 1993 och liksom för så många andra kändes framtiden inte alldeles utstakad. Därför blev det både vändor via KTH och sjukgymnastutbildningen innan jag så småningom hamnade på KI. AT:n tillbringades på St: Görans sjukhus efter ett års vikariat på Huddinge sjukhus kvinnoklinik.

Som OGU-representant i SFOGs styrelse ser jag fram emot att kunna göra yngre kollegors röster hörda för att kunna påverka de intressanta frågeställningar som berör framtiden. Självklart kommer jag att bevaka utbildningsfrågor med extra intresse. Om ytterligare frågor som ligger mig varmt om hjärtat kan ni läsa i min andra självpresentation i detta nummer av Medlemsbladet.

Laparoskopisk kirurgi vid gynekologisk cancer

Bakgrund

Detta dokument är framtaget på uppdrag av MIG-ARG och Tumör-ARG och av eget intresse för att ge en bild av var den laparoskopiska kirurgin vid gynekologisk cancer befinner sig år 2008. Det är även tänkt som en uppdatering av det tidigare utgivna dokumentet "Laparoskopisk kirurgi vid tumörsjukdomar i ovariet" utgivet av SFOGs arbets- och referensgrupp för tumörkirurgi 1995 i samarbete med Skopi-ARG (numera MIG-ARG)

Tanken är också att beskriva utvecklingsfronten för laparoskopisk gynekologisk tumörkirurgi och robotassisterad laparoskopisk kirurgi.

Laparoskopisk kirurgi och laparoskopisk körtelutrymning vid gynekologisk cancer beskrevs för första gången under slutet av 1980-talet. Från att till en början ha blivit bemött med skepsis har laparoskopisk teknik fått allt fler anhängare och tillämpningar och omfattar nu i stort alla områden av gynekologisk cancerkirurgi.

Införandet av laparoskopisk kirurgi vid gynekologisk cancer ger stora möjligheter att förenkla cancerkirurgin för patienterna men medför också potentiella risker i synnerhet vad gäller botande och överlevnad. Eftersom de flesta gynekologiska tumörsjukdomar i tidiga stadier är botbara är det av yttersta vikt att nya kirurgiska tekniker utvärderas kritiskt.

Laparoskopisk cancerkirurgi kräver, förutom en stor vana av öppen cancerkirurgi och allmän onkologisk kunskap, även stor erfarenhet av laparoskopisk teknik. Flera studier visar att laparoskopisk teknik är säker, medför kortare konvalescens och att lymfkörtelutrymning utförs lika bra som med öppen teknik men även att god kirurgisk erfarenhet krävs.

Ett stort antal studier, vara flertalet icke-randomiserade, talar för att laparoskopi jämfört med öppen teknik, inte medför

Jan Persson, Överläkare,
Kvinnokliniken Universitetssjukhuset i Lund.
jan.persson@med.lu.se
Janusz Marcickiewicz,
Centrumöverläkare, Centrum för
Gynekologisk Tumörkirurgi,
Kvinnokliniken, Sahlgrenska
Universitetssjukhuset, Göteborg.
janusz.marcickiewicz@obgyn.gu.se

några nackdelar i form av försämrad överlevnad.

Dock saknas prospektiva randomiserade studier med tillräcklig power och uppföljningstid för olika former av gynekologisk cancer. Frågan är om sådana studier någonsin kommer att kunna genomföras då tekniken är under ständig utveckling, patientgrupperna ofta är inhomogena och studierna därför kräver ett mycket stort patientunderlag.

Fördelar och risker med laparoskopisk teknik

Laparoskopi vid gynekologiska tumörsjukdomar skall utföras efter samma noggranna bedömning av kirurgiska och anestesilogiska kontraindikationer som inför all laparoskopisk kirurgi. Om så sker, och operationen utförs av en van tumörkirurg och tillika van laparoskopisk kirurg, efter noggrann onkologisk bedömning, är laparoskopisk kirurgi inte behäftat med fler komplikationer än öppen kirurgi.

Fördelarna, precis som vid all laparoskopisk kirurgi, är kortare vårdtid och kortare konvalescens. Fördelarna tycks vara störst för överviktiga patienter då sårinfektion och sårruptur är ovanlig efter laparoskopi, men vanliga efter traditionell kirurgi i denna patientgrupp.

Vid tumörsjukdomar är den snabba konvalescensen extra värdefull då eventu-



Janusz Marcickiewicz

ell kompletterande onkologisk behandling kan startas kortare tid efter operation.

Dessutom kan tarmkomplikationer efter strålning minskas då adherensbildning är mindre uttalat efter laparoskopi än efter motsvarande laparotomi.

Den goda visualiseringen vid laparoskopi bidrar också till att vissa delar av ingreppen kan utföras mer exakt.

Det är i djurexperimentella studier också visat att det cellmedierade immunförsvaret påverkas mindre av laparoskopi än av laparotomi.

Den stora tvistefrågan har varit om laparoskopisk teknik per se bidrar till spridning av aktuell tumörsjukdom. I synnerhet under pionjärskedet i början av 1990-talet observerades metastaser motsvarande laparoskopiportarna i en utsträckning som föreföll större än frekvensen metastaser i laparotomiärr. Detta har i synnerhet varit fallet vid cancer med peritonealt engagemang redan vid operationstillfället, men, vilket är allvarigare, portmetastaser har även rapporterats vid cancer som inte haft någon känd spridning vid operationstillfället.



Jan Persson till höger.

Frekvenser mellan 0-22% har rapporterats, den större siffran vid ovarialcancer med känt peritonealt engagemang.

Flera förklaringsmekanismer har föreslagits:

- Oförsiktigt hanterande av preparat inne i, och vid uttagande ur buken är den troligaste förklaringen vilket stöds av flera publikationer. Flera rapporter visar också att metastaserna oftast uppkommer i anslutning till de portar där preparat uttagits.
- En annan förklaring som diskuterats är övertrycket av CO₂ i buken. Övertrycket kan leda till gasläckage vid sidan av portarna och tumörceller i aerosolform kan då spridas till bukväggen (den så kallade skorstenseffekten). - Djurexperimentella studier har även visat att peritoneums mikrostruktur förändras av hyperbar CO₂ vilket skulle kunna underlätta adhesion av viable tumörceller.

Prospektiva studier anger dock att frekvensen port-metastaser kan hållas till samma nivå som vid laparotomi, cirka 1%, med hjälp av en noggrann kirurgisk tek-

nik och förebyggande åtgärder. Tumörvävnad skall hanteras försiktigt och allt uttagande skall ske med hjälp av endopåsar. Detta gäller i synnerhet förstörade lymfkörtlar där kapseln skall hållas intakt.

Vidare skall portgenomgångar hållas täta under operationen och onödigt omsätande av portar skall undvikas.

Peritoneum och fascia skall sutureras och troacargenomgångar kan sköljas med jodlösning.

Om operationen skett vid känd peritoneal spridning kan området kring porten recesseras.

I förekommande fall kan placering av portar om möjligt ske inom förväntat strålfält. Om postoperativ kemoterapi är aktuell är det en fördel om denna planeras så kort tid som möjligt efter operationen.

Robotassisterad laparoskopi

På senare år har robotassisterad laparoskopisk kirurgi börjat användas även för gynekologisk cancer. Robotassistenten ger bättre visualisering (3 dimensionell bild), bättre rörlighet (handledsfunktion) och precision (tremorelimination) av instrument och bättre ergonomi. Detta förkor-

tar operationstider för etablerade laparoskopiska ingrepp och möjliggör moment som är mycket svåra med konventionell laparoskopi. Fördelarna är således speciellt stora vid avancerad kirurgi som till exempel radikal hysterektomi, recidivkirurgi i bäckenet och paraaortal körtelutrymning. Nackdelar är höga kostnader för inköp och underhåll samt begränsningar att operera både i bäckenet och i övre delen av buken med samma portplacering. Det är dock möjligt att utföra både bäckenkirurgi och till exempel paraaortal körtelutrymning med samma portplacering.

Studier angående ekonomi saknas och det finns ännu bara ett fåtal deskriptiva icke-randomiserade tillämpningsstudier. Robotkirurgin är under starkt frammarsch internationellt och nya indikationsområden, även inom benign gynekologi, tillkommer. Hittills bedrivs robotkirurgi inom gynekologi endast vid ett fåtal centra i Europa och i Skandinavien får det som klinisk rutin anses etablerat endast vid Kvinnokliniken i Lund och vid Radiumhospitalet i Oslo

Körtelutrymning / staging ("stadiebedömning", bedömning av tumörspridning)

Laparoskopisk körtelutrymning eller staging i bäckenet beskrevs för första gången under slutet av 1980-talet. Laparoskopisk paraaortal körtelutrymning utvecklades några år senare.

Samtliga kirurgiska moment som krävs för lymfkörtelutrymning (retroperitoneal dissektion med friläggning av kärl i bäckenet och paraaortalt samt dissektion av lymfvävnad) kan utföras via laparoskop. Det har dock visats att antalet lymfkörtlar som tas ut och operationstiden för laparoskopisk lymfkörtelutrymning är starkt beroende av kirurgens erfarenhet. Å andra sidan har flera andra studier visat att antalet lymfkörtlar som tas ut vid laparoskopi är likvärdigt med antalet erhållna med öppen teknik.

Att kirurgisk erfarenhet är av betydelse för kvaliteten av ett operativt ingrepp är dock inget unikt för laparoskopi men inskräper vikten av att tumörkirurgi, inte minst tumörkirurgi via laparoskop, utförs

av ett begränsat antal erfarna kirurger vilket förutsätter centralisering.

Den goda visualisering och hemostas som kan uppnås med laparoskopi gör att tekniken med fördel kan kombineras med tekniker för detektion av sentinel node (portvaktskörteln) och nervsparande teknik.

Både i bäckenet och paraaortalt kan operationen utföras såväl trans- som retroperitonealt. De flesta föredrar en transperitoneal teknik för bäckenkörtelutrymning medan den retroperitoneala tekniken ofta gör åtkomligheten bättre paraaortalt då tarmar eller adherenser inte interfererar med operationsområdet.

Komplikationer vid körtelutrymning

Sedvanliga laparoskopiska komplikationer förekommer i samma omfattning som vid laparoskopi för andra tillstånd.

Specifikt för laparoskopisk körtelutrymning är perforation av de stora kärlen, vanligen venerna, på bäckenvägg och bakre bukvägg. Lyckligtvis är denna komplikation sällsynt men vid körtelutrymning paraaortalt, bör utrustning för snabb laparotomi med kärlsutureringsfinnas lätt tillgängligt liksom anestesilogisk förberedelse för större blödning.

I tränade händer är dock komplikationsfrekvensen mycket låg. I en serie på 542 transperitoneala körtelutrymningar hade Querleu och LeBlanc inte en enda konvertering till öppen kirurgi på grund av komplikation.

Lymfocele (lymfocysta) och hematom uppstår oftare efter helt retroperitoneal lymfkörtelutrymning än efter transperitoneal approach men minskar om den retroperitoneala operationen avslutas med att peritoneum öppnas för lymfdränage till bukhålan.

Lymfödem i nedre extremiteten förefaller förekomma i samma omfattning som efter öppen körtelutrymning, cirka 5 %, men är något vanligare om strålbehandling ges postoperativt.

Cervixcancer

Standardingreppet för operativ behandling av cervixcancer är abdominell radikal hysterektomi enligt Wertheim-Meigs (hyste-

rektomi medtagande parametrier, paracolpier, övre sacrouterinligament, övre delen av vagina samt bäckenkörtelutrymning).

Operationen kan modifieras enligt Pivers schema beroende på vilken radikalitet som anses nödvändig att uppnå.

Wertheims operation tävlade under sin tidiga period med vaginal radikal hysterektomi enligt Shauta (se referens Dargent) som innan aseptik och antibiotika ansågs ge lägre postoperativ morbiditet än Wertheims operation. Då dessa problem så småningom minskade i frekvens föll Shautas operation i glömska då den inte gav möjlighet till borttagande av lymfkörtlar. I och med introduktionen av laparoskopisk körtelutrymning fick Shautas operation, genom Dargent, en pånyttfödelse. Den vaginala tekniken uppfattas dock av många som svår.

Med ett större inslag av laparoskopi, alternativt full laparoskopisk radikal hysterektomi ökar möjligheten till nervsparande kirurgi jämfört med Shautas operation. Med robotassistens kommer helt laparoskopiska radikala hysterektomier sannolikt att få större spridning och vid Kvinnokliniken i Lund är denna approach nu förstahandsalternativ sedan 2 år.

Vid tidiga stadier av cervixcancer (1A2) kan laparoskopisk paracervical (parametrial) lymfkörtelutrymning tillsammans med modifierad teknik för parametrierektomi också bidra till att spara nervfunktion till urinblåsa och vagina. Identifikation av lymfkörtlar i parametrier underlättas av injektion av blåfärg och radiokolloid (^{99m}Tcnetium) även om detektionen av lymfkörtlar ofta försvåras av störande strålning från radioaktiviteten från injektionen i cervix. Dessa tekniker är dock fortfarande på utvecklingsstadiet och det är också omdebatterat om radikal hysterektomi, och i vilken utsträckning lymfkörtelutrymning, behövs vid dessa riktigt tidiga stadier.

Vid önskan om bevarande av fertilitet kan radikal trachelektomi utföras (borttagande av cervix, övre delen av vagina samt parametrier/paracolpier med bevarande av uterus). För att förhindra förädlingsbörd placeras ett permanent cerclage

runt resterande cervix och påföljande förlösning får därför ske med kejsarsnitt. Vid strikt patientselektion förefaller radikal trachelektomi vara lika säkert som radikal hysterektomi. Vanligen begränsar man trachelektomi till skivepitelcancer < 2cm och med infiltration < halva cervixväggen. Denna bedömning förutsätter vanligen preoperativ MR.

Större försiktighet bör iaktas vid adenocarcinom på grund av svårigheten att bedöma radikalitet och risk för multifokala förändringar. Vid småcelliga, neuroendokrina eller klarcelliga cervixcancer bör försiktigheten vara ännu större.

Trachelektomin utförs vanligen vaginalt och skall kombineras med laparoskopisk bäckenkörtelutrymning. Ingreppet fullföljs endast vid metastasfria lymfkörtlar.

Vid kvinnokliniken i Lund utförs numera hela trachelectomin laparoskopiskt med robotassistens vilket ger goda möjligheter att styra omfattningen av parametriedissektion och dissektion av nerver, något som kan vara svårt vid vaginal trachelektomi.

Laparoskopins goda visualisering och hemostas lämpar sig bra för sentinel node-teknik med användande av både blåfärg och radiokolloid. De små blåfärgade lymfbanorna och lymfkörtlarna identifieras visuellt och med laparoskopisk gamma-probe kan de körtlar som tagit upp radiokolloid detekteras. Teorin är att om sentinel node (portvaktskörteln) är metastasfri så är också övriga lymfkörtlar detta och behöver således inte tas bort vilket skulle minska risken för lymfödem. Vid till exempel bröstcancer och sannolikt även vulvacancer förefaller denna teori fungera i praktiken.

Vid cervixcancer är emellertid metoden inte är tillräckligt utvärderad för att ytterligare körtelutrymning skall kunna utelämnas om sentinel nodes är metastasfria. Tekniken används istället för att hitta de lymfkörtlar som har störst risk för metastaser liksom lymfkörtlar som ligger utanför de områden man vanligen utforskar. Vid påvisade lymfkörtelmetastaser skall patienten i alla fall få strålbehandling och ingen överlevnadsvinst erhålls av ytter-

ligare körtelutrymning (undantag kraftigt förstörade körtlar). Vanligen avstår man också från den radikala hysterektomin av samma skäl. Det är därför av värde att kunna identifiera körtlar med störst metastasrisk under pågående operation. Vid körtelmetastaser i bäckenet, oavsett om dessa identifierats med sentinel node-teknik eller ej, skall däremot lymfkörtelutrymning ske till nästa cranialt belägna metastasfria station för optimering av strålfält.

Laparoskopi för staging (bedömning av tumörspridning) av mera avancerad cervixcancer beskrivs i ett ökande antal publikationer.

Vid primär strålbehandling kan omfattningen av stora strålfält begränsas om lymfkörtelspridning paraaortalt inte kan påvisas efter laparoskopisk körtelutrymning.

Förstörade lymfkörtlar ("bulky nodes") kan avlägsnas och /eller positionsmarkeras med clips för att effektivisera strålbehandlingen.

Vid centrala recidiv i bäckenet där exenteration (fullständig bäckenutrymning) bedöms vara sista botande alternativ bör laparoskopi / laparoskopisk staging ingå på ett tidigt stadium i utredningen. Studier har visat att laparoskopi avslöjar tumörspridning utanför bäckenet i upp till 50% av fallen trots avsaknad av tecken till spridning efter tillgänglig bilddiagnostik. I dessa fall besparar laparoskopin patienten en onödig laparotomi och onödig mental påfrestning då indikation för exenteration inte längre föreligger.

Hos premenopausala kvinnor kan laparoskopisk transposition av ovarier utföras vid behov av senare strålbehandling. Lig.infundibulopelvicum frias och därefter tunneleras ovariet med kärlförsörjning till respektive paracoliskt rum utanför planerat strålfält. Ovariet fixeras därefter mot peritoneum (sutur) och läget markeras med clips.

Vid lokalt avancerade cervixcancer med akuta blödningsproblem kan, som alternativ till embolisering, laparoskopisk ligatur av a.uterina vara av värde.

Interstitiell stålbehandling applicerad via laparoskopi har provats i enstaka fall.

Endometrie-cancer

Endometrie-cancer är en heterogen sjukdom avseende histologi och riskfaktorer för recidiv.

Den diskussion som följer om laparoskopisk kirurgi vid endometrie-cancer omfattar därför endast endometroid cancer.

I normalfallet drabbar endometrie-cancer äldre, inte sällan överviktiga kvinnor, som dessutom ofta har cardiovascular sjukdom. Detta kräver särskilda överväganden vid val av kirurgisk metod. Dock kan sjukdomen drabba även premenopausala kvinnor, i synnerhet vid långvarig anovulation.

Sjukdomen ger ofta tidigt symptom i form av blödningar och i flertalet fall kan patienten botas med en abdominell hysterektomi enligt Piver I (traditionell hysterektomi). Detta har lett till att sjukdomen betraktas som mindre allvarlig än andra gynekologiska cancersjukdomar. Ibland har detta tolkats som att den preoperativa utredningen inte behöver vara så omfattande, och att kirurgin inte behöver utföras av gyn-onkologiskt kunnig kirurg.

Det bör därför påpekas att endometrie-cancer, stadium för stadium, inte har bättre prognos än annan gynekologisk cancer.

Flera studier visar att laparoskopi vid endometrie-cancer har de sedvanliga laparoskopiska fördelarna jämfört med öppen kirurgi och är genomförbar i de flesta fall. I synnerhet överviktiga kvinnor tycks ha fördel av laparoskopi med minskade postoperativa komplikationer. Någon skillnad i överlevnad har inte påvisats men studierna har inte tillräcklig power och uppföljningstid för denna bedömning. För att uppnå detta inom rimlig tid krävs stora multicenterstudier. Då det föreligger skillnader avseende principer för lymfkörtelstaging, postoperativ riskbedömning och adjuvant behandling riskerar resultaten av sådana multicenterstudier bli svårbedömda.

Speciella försiktighetsregler bör gälla vid laparoskopisk kirurgi för endometrie-cancer och en noggrann preoperativ bedömning med målsättning att få klarhet i tumörstadium och uterus storlek är helt nödvändig.

Vid djupväxt i uterusväggen (stadium

IC) finns risk för att den manipulation som krävs för att avlägsna uterus vaginalt leder till att uterus går sönder, i synnerhet om förhållandena vaginalt är trånga eller om uterus är förstörad. I dessa fall skall laparoskopisk operation utföras först efter särskilt övervägande. Användande av intrauterin uterusmanipulator avråds, däremot finns olika vaginalprober som kan underlätta.

Vid nedväxt i cervix (stadium IIA-B) kan radikal hysterektomi och fullständig bäckenkörtelutrymning utföras vilket i så fall kan utföras helt eller delvis via laparoskopi på samma sätt som vid cervixcancer om förhållanden ovan tillåter.

Säker diagnos av stadium II kan dock vara svår att få preoperativt. Behandlingsprinciperna vid endometrie-cancer stadium II varierar också mellan olika centra. Körtelutrymning vid stadium II bör ställas i relation till vilken typ av (adjuvant) efterbehandling som ges och i vilken utsträckning körtelstatus påverkar den samma.

Vid endometrie-cancer utförs vanligen LAVH inkluderande adnexektomi samt i utvalda fall lymfkörtelstaging. Även total laparoskopisk hysterektomi kan utföras. I synnerhet vid kraftig övervikt är robot-assistens av stort värde. Uterus avlägsnas enklast via slidan. Inledningsvis koaguleras tuborna för att hindra tumörsådd vid manipulation av uterus. Sköljvätska vid operationsstart ingår i de flesta vårdprogram. Om man på ett tidigt skede finner spridning av tumören utanför uterus (undantaget lymfkörtlar) kan laparotomi övervägas på grund av en eventuell ökad risk för portmetastaser.

Principerna för lymfkörtelstaging varierar mellan olika centra. Gemensamt förefaller dock vara att lymfkörtelstationer skall bedömas och förstörade körtlar avlägsnas.

Lymfkörtelstaging eller utrymning utförs tekniskt på samma sätt som vid cervixcancer.

Sentinel node-teknik vid endometrie-cancer är inte etablerad men forskning pågår. Preliminärt förefaller variationen i spridningsvägar vara stor och uniforma principer för injektion av blåfärg och radiokolloid runt tumören saknas. Inte desto

mindre vore en välfungerande sentinel node-teknik vid corpuscancer av stort värde då indikation för, och omfattning av, lymfkörtelutrymning är under ständig debatt.

Ovarialcancer och adnexförändringar

Vid ovarialcancer har laparoskopisk kirurgi sin plats framförallt vid tidiga stadier begränsade till bäckenet vilket utgör cirka en tredjedel av ovarialcancerfallen.

Det är viktigt att dessa patienter handläggs rätt då sjukdomen i dessa stadier är kurerbar. Med laparoskopisk teknik kan både primär kirurgi liksom kompletterande staging (re-staging) utföras.

Korrekt staging av tidig ovarialcancer leder till uppgradering av tumörstadium i upp till 25%. En korrekt staging medför således att rätt patienter erbjuds cytostatika och att onödiga cytostatikabehandlingar kan undvikas. Betydelsen av en adekvat staging kan därför inte nog betonas och laparoskopin har revolutionerat detta annars stora bukingrepp.

Laparoskopisk kirurgi vid avancerade stadier av ovarialcancer med ascites och peritoneal carcinos har däremot liten plats annat än som diagnostisk instrument, till exempel inför neoadjuvant cytostatikabehandling. I denna situation är det av värde att få vävnadsprov för säker histologisk diagnos samt en bedömning av tumörutbredningen framförallt i bukens övre del. Öppen teknik bör användas för införsel av optik då oment och tarmar kan vara adherenta mot främre bukväggen.

Laparoskopisk kirurgi används också numera som huvudsaklig approach vid oklara adnexförändringar.

Majoriteten av adnexförändringar är benigna, i synnerhet hos premenopausala kvinnor. Malignitetsrisken för en unilatera, uniloculär cysta mindre än 5 cm hos en premenopausal kvinna ligger i storleksordningen 0,3 % medan risken för motsvarande cysta postmenopausalt ökar till 2,5-5%. Därför är det oftast tillräckligt med (unilateral) ovarialresektion eller cystenukleation hos fertila kvinnor om utredning enligt nedan inte anger en ökad risk för malignitet. Hos postmenopausala kvinnor rekommenderas däremot i all-

mänhet bilateral adnexektomi som också med lätthet kan utföra laparoskopisk. Hos tidigare hysterektomerade kvinnor detta vara mera komplicerat och kräva en retroperitoneal dissektion på bäckenväggar med visualisering av uretärer.

Mest använt för preoperativ bedömning av malignitetsrisken hos adnexförändringar är en kombination av vaginalt ultraljud, CA-125, och menopausalt status, så kallat Jacobs index eller Risk of Malignancy Index (RMI, se Fig 1)

Det är också visat att dynamiken i CA-125 nivån, vilket kräver seriella analyser, kan ge vägledning även om nivån inte överstiger det övre normalvärdet (≤ 35 U/ml). Helt säkra preoperativa och intraoperativa icke-invasiva metoder att skilja godartade förändringar från maligna saknas.

För en korrekt handläggning är den preoperativa diagnostiken av adnexförändringar således viktig. Det är också viktigt att den kirurg som skall operera en malignitetssuspekt (RMI ≥ 200) adnexförändring är kompetent nog att genomföra fullständig staging, om möjligt via laparoskop, om malignitet verifieras. Ett problem i sammanhanget är osäkerheten vid fryssnitt på ovarialtumörer varför det, i synnerhet vid önskemål om bevarande av fertiliteten, kan vara klokt att avvakta slut-histologi och utföra re-staging vid en snar senare seans.

Vid laparoskopisk kirurgi på malignitetssuspekta adnextumörer skall hela det aktuella adnextas ut intakt via endopåse vilket begränsar laparoskopisk operation till tumörer mindre än cirka 10-12 cm. Hos postmenopausala kvinnor skall alltid bägge adnexae avlägsnas, i övriga fall efter individuell bedömning och preoperativ diskussion med patient om tumören är unilatera. En mycket noggrann preoperativ ultraljudsbedömning av kontralateralt adnex bör alltid ske i dessa fall. Så stor del som möjligt av lig.infundibulopelvicum skall medfölja bortaget adnex då ligamentet innehåller lymfatisk vävnad.

Hos yngre kvinnor skall möjligheten för embryonala ovarialtumörer övervägas och preoperativ utredning innefatta tumörmarkörer som S-hCG och AFP särskilt vid

snabb tillväxt och avvikande ultraljudsbild. Det är i dessa situationer värdefullt att preoperativt frysa serum för senare analys av ytterligare tumörmarkörer. Dessa ovanliga fall bör centraliseras.

I de fall man finner uttalade adherenser eller risken för ruptur bedöms stor skall laparotomi övervägas. Ovarialresektion eller aspiration av cystvätska intraabdominellt skall undvikas. Sensitiviteten för maligna celler i cystvätska är endast cirka 50%.

Peroperativ punktion liksom ruptur graderar upp en malign tumör till stadium IC vilket i allmänhet innebär att adjuvant cytostatika ges oavsett övrig risk-klassificering. Det är dock inte klarlagt i vilken utsträckning peroperativ ruptur verkligen innebär en ökad risk. Det kan finnas en skillnad i om cystan spontanrupturerat före operation eller ruptur sker peroperativt. Så länge frågan inte är klarlagt bör cystruptur eller manövrer som leder till läckage av cystvätska ut i buken undvikas.

Tidiga stadier av epitelial ovarialcancer risk-klassifieras postoperativt. Olika prognostiska faktorer, till exempel stadium, histologisk typ, differentieringsgrad och DNA-analys (ploiditet) styr denna klassificering och principer för adjuvant behandling som även vid denna tumörsjukdom skiljer sig mellan olika centra. Det förefaller dock som om adjuvant cytostatikabehandling till riskgrupper och icke optimalt stadiindelade patienter ökar överlevnaden, medan prognosen vid låg-risk ovarialcancer (korrekt stadiindelade stadium IA, högt differentierade diploida tumörer) är mycket god och inte förbättras av adjuvant cytostatika. Således kan en re-stageing i vissa fall bespara patienten en onödig cytostatikabehandling. Frågan om vilka patienter som skall erbjudas adjuvant cytostatika är dock inte okontroversiell. I likhet med situationen vid endometrie-cancer är det osannolikt att prospektiva randomiserade studier på ett välselektat, konsekvent stadiindelad material kommer att kunna genomföras. Re-staging på borderline ovarialtumörer är vanligen inte indicerat (ICON1 och ACTION studierna).

En re-staging innefattar bedömning av peritoneum inkluderande diafragmas undersida och leverytan med riktade pro-vektioner samt cytologi. Utöver detta ingår extirpation av resterande adnex, uterus, appendix, oment och sampling/utrymning av lymfkörtlar i bäckenet och paraaortalt beroende på klinisk situation, önskemål om bevarande av fertilitet och vad som utförts vid primäroperation. Lymfkörtelstagingen kan begränsas till ipsilateral bäckenvägg om tumören är ensidig, annars bilateralt. Paraaortalt skall lymfkörtlar tas bort till i nivå med vänster njurven. Så stor del som möjligt av kvarvarande ipsilateralt lig.infundibulopelvicum skall också extirperas. Samtliga dessa moment kan utföras via laparoskopi.

Vid stadium IA epitelial ovarialcancer inkluderande borderline ovarialtumörer kan vid avsaknad av riskfaktorer enligt ovan uterus och kontralateralt adnex kvarlämnas för bevarande av fertilitet. Detta förutsätter att patienten för övrigt är korrekt stadiebedömd. 10 års sjukdomsfri överlevnad för en högt differentierad, serös/mucinös, diploid, stadium IA ovarialcancer är enligt flera studier över 95%.

Patienterna bör så länge inte graviditetsönskan är direkt förestående ordinerar anovulatorisk behandling (kombinerade p-piller) och skall därefter kontrolleras regelbundet med vaginalt ultraljud och CA-125. Dynamiken i CA-125 nivåer bör följas. Noterbart är att CA-125 ofta stiger 2-3 gånger normalvärdet i tidig graviditet. Profylaktisk kirurgi efter avslutat barnafödande bör diskuteras.

Vulvacancer

Laparoskopisk lymfkörtelstaging i bäckenet och eventuellt paraaortalt kan användas vid vulva och vaginalcancer för planering av strålfält. Bulky nodes kan extirperas.

För referenslista kontakta artikelförfattarna

Figur 1.

RMI eller Jacobs index
 $RMI = M \times U \times CA-125$
M = pre eller postmenopausal.
U = cystans utseende och associerade fynd
CA-125 = tumörmarkörens värde

Poängsättning

M

Premenopausal	= 1
Postmenopausal	= 3

U

Multicystisk	= 1
Solida områden	= 1
Ascites	= 1
Bilateral tumörer	= 1
Intraabdominella metas	= 1

U = 1 om summan är 0-1
U = 3 om summan är 2-5

Om index > 200 ökad risk för malignitet



Mårten Strömberg

Att vara ST-läkare år 2008 ställer stora krav vilket gör att min arbetssituation är både stimulerande och rolig. Detta gör också att det är lätt att engagera sig i de frågor som ligger oss ST-läkare närmast om hjärtat. Den nya målbeskrivningen och ob/gyns framtid vad gäller rekrytering och eventuella subspecialiseringar är några exempel på frågor som ligger och väntar på oss att ta tag i.

Jag heter Mårten Strömberg och är ny ordförande i OGU. Jag tillträdde nu i april och kommer att inneha posten i 2 år. Min hemmaklinik är KK Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Göteborg där jag har gjort 2,5 år av min ST. Läkarkarriären startade dock på Karolinska Institutet våren 1998 efter förvirrade försök att bli civilingenjör i kemiteknik, samt en sväng på sjukgymnastutbildningen. Tiden på läkarlinjen flög förbi med lite utsvävningar till både Italien och USA. I maj 2003 tog jag min läkarexamen och blev då värvad till kvinnokliniken på Huddinge sjukhus. Läkaren som fick mig att välja bort ortopedin och komma till Ob/gyn var min nu goda vän Sara Sunden Cullberg. Sara vågade uppmuntra mig till att komma och vikariera innan AT och det är jag henne evigt tacksam. Efter ett berikande år tillsammans med SVT:s Barnmorskorna kastade jag mig in i en av lejonkulorna i Stockholm, dvs. akutmottagningen på Capio St Görans Sjukhus. Under min AT-tid på Capio St Görans Sjukhus stärktes jag i mitt framtida specialitetsval. Efter 6 långa månader på vårdcentral bar det äntligen av till Göteborg där jag numera lever med min sambo. ■

OGU priset

Varje år i samband med galamiddagen på SFOG veckan delar OGU ut ett pris för bra handledarskap. Har du en läkare som du tycker är ett superexemplar när det gäller handledarskap i den kliniska situationen eller en fena på att anordna kurser eller interna utbildningar av hög kvalitet. Då är det dags att nominera denna person för 2008 års OGU pris.

Skicka din nominering med motivering till OGU:s sekreterare

Charlotta Ersmark på södersjukhuset

Charlotta.ersmark@sodersjukhuset.se

Vi behöver din nominering **senast den 29/6 2008.**

Från köping till köping!

OGUs styrelse vill framföra vårt tack till de ST-läkare i Linköping som varit med och anordnat 2008 års ST-dagar. Programmet var fyllt med intressanta föreläsningar och organisationen runt föreläsningarna var föredömligt skött. Vi i OGU känner oss tacksamma över att ni lämnar över stafettpipen fylld med bra tips och erfarenheter till 2009 års arrangörer, Nyköping

Varmt tack från hela OGU:s Styrelse

www.sfogveckan.se

OGUs ST-dagar

OGUs ST-dagar är ett alltid lika välkommet avbrott i jobbvardagen. Ett fantastiskt tillfälle att träffa ST-kolleger från hela landet, höra några spännande föreläsningar och stämma av hur utbildningen ser ut på de olika sjukhusen. Även om jag mitt i min föräldradedighet känner mig ganska långt från kliniken, packade jag glatt min väska och satte mig på tåget till Linköping. Här gick årets OGU-dagar av stapeln 14-15 april.

Årets tema var forskning, ett spännande ämne nog väcker en rad olika känslor hos oss alla. Antingen stress över artiklar som skall in, ansökningsångest, budgetpanik, eller som hos mig själv – ångest över att inte hittat något ämne än. Jag såg fram emot en hel del tips och råd – hur gör man? Var börjar man? Vem frågar man?

Föreläsningar bjöd på personliga reflektioner om allt mellan forskning parallellt med klinisk vardag och disputationångest. Vi fick även en möjlighet att via en snabbkurs uppdatera våra statistik- och epidemiologikunskaper, förmånen att lära oss mer om p-piller och obesitas samt en guidning genom HRT-djungeln. Representer för sponsorer stod som alltid till

Emilia Rotstein

tjänst med allt från knutknytarövningar till senast forskningen om inkontinens och preventivmedel. De stod även för det ena av två parallellprogram: skopisimulatorer, alternativet var en praktisk övning av flödesschemat vid skulderdystoci enligt ALSO. Allt detta och mycket annat kunde sedan närmare stötas och blötas under kvällens trevliga middag som hölls på hotellet, ackompanjerad av livemusik.

Arrangörerna hade verkligen tänkt på det mesta. De hade gjort ett fantastiskt jobb med att se till att allting flöt på bra och smidigt – från incheckningen på hotellet, till gott om avsatt tid för sponsorernas utställning. Forskning är ett svårt tema att bygga upp ett program kring, och tyvärr saknade jag lite mer handfast vägledning. Kanske hade en paneldiskussion kunnat lämpa sig? Den otroliga uppslutningen – ca en tredjedel av oss var faktiskt där! – fick mig dock snarare att reflektera över ytterligare en aspekt av det hela. ST-dagarna det enda forum vi ST-läkare har att

organiserat träffas våra representanter i OGU och diskutera om de icke-medicinska aspekterna av vårt yrke. Behovet märktes tydligt i att det var dessa bitar som fick diskussionen att blossa upp. Tyvärr svepte vi snabbt förbi många av viktiga punkter eftersom det ej fanns avsatt tid. Bland dessa kan nämnas den nya studieplanen som ju minst sagt berör oss. Även frågor som gäller ST-kontrakt och checklistor och avsatt tid för forskning och självstudier snuddades bara vid, och viktiga arbetsmiljöfrågor såsom manlig diskriminering på jobbet hanns knappt med.

Kanske borde den ena dagen i samband med OGUs årsmöte helt avsättas för "ST-frågor"? Det finns kurser för det mesta under vår utbildning, men inget annat forum där vi kan mötas under de premisserna som ST-dagarna bjuder på. Är det inte dags att utnyttja detta unika tillfälle att faktiskt få ses och tala om frågor som ligger oss varmt om hjärtat och som berör vår vardag istället?

Tack för i år, jag ser fram emot spännande dagar nästa år i Nyköping! ■



Delar av arrangörgruppen. Fr vänster: Sofia Svensson, Maria Krång Lundekvam och Maria Sarberg.

Stort tack till

Leo Pharma, Organon, Astellas, Pfizer, Bayer, HealthCare, Novo Nordisk, Renapharma, Covidien, Johnson & Johnson och Erol för sponsring och deltagande i OGU-dagarna, i Linköping, 14-15 april 2008.

Arrangörgruppen för
OGU-dagarna i Linköping.

Så här är vi

En genomgång av OGU's utbildningsenkät

Klockan är 03.50, och just som Maria har satt sig ner med en kopp varm choklad och en ostsmörgås ringer telefonen. En barnmorska meddelar att det är dåliga fosterljud på rum ett och att hon måste komma fort. Detta scenario är vi alla välbekanta med eftersom det tillhör vår specialitet. Att gå jour är en del av vår utbildning som ST-läkare, men det är inte bara jourverksamheten som ger oss de nödvändiga kunskaperna för att bli en bra specialist i gyn och obstetrik, utan vår ST-utbildning innehåller mycket mer. För att bland annat ta reda på hur utbildningsklimatet för ST-läkare i gyn och obstetrik ser ut runt om i Sverige skickas vart annat år ut en enkät till alla ST-läkare och vikarierande underläkare i Sverige.

Liknande enkäter har skickats ut sedan år 2000 och årets enkät består, liksom tidigare enkäter, av frågor kring vem ST-läkaren i gyn och obstetrik är, vilka arbetsvillkor hon/han har samt utbildningsklimatet. Vidare innehåller enkäten frågor om forskningsmöjligheter och ambitioner samt framtidsplaner.

I Sverige finns det 322 stycken ST-läkare och vikarierande underläkare och av dessa har 228 stycken svarat på enkäten. 4 stycken enkäter var inte korrekt ifyllda så svarsfrekvensen landade på 70%. Av dessa var 83% kvinnor och 17% män med en medelålder på 34 år, vilken inte

Mårten Strömberg
Ordförande i OGU

skiljer sig mellan män och kvinnor. Fördelningen mellan män och kvinnor har legat någorlunda konstant de senaste sex åren (81/19 2006, 77/23 2004 och 82/18 2002). 41% arbetar på ett universitetssjukhus med viss övervikt bland männen där så många som 51% är anställda på ett universitetssjukhus medan 39% av kvinnorna är det. De flesta har ett ST-kontrakt (77%) medan det är 16% som vikarierar efter AT. Dessa siffror är ungefär de samma på universitetsklinikerna (71% respektive 19%) som i hela riket och även dessa har legat stabilt de senaste sex åren. Se diagram 1

25% av dem som svarat jobbar deltid och de flesta, 64%, tar ut fortlöpande jourkomp och arbetar således ca 82% i medeltal. 20% har reducerad arbetstid och övriga tar ut fortlöpande föräldraledighet. Av dem som arbetar heltid önskar 14% arbeta deltid och ca 30% har inte svarat på frågan. Svarsfrekvensen på frågorna om lön har dock varit betydligt högre och medellönen per månad för en ST-läkare i gyn och obstetrik är idag 35 080 kronor (kvinnor 35 110 och män 34 925). Totalsumman inom gyn och obstetrik för samtliga ST-läkare och vikarierande underläkare, inklusive de före AT är 34 410 kronor (median

34 500) och här har kvinnorna lite högre medellön än männen (kvinnor 34 460 och män 34 190). Således har kvinnorna kommit ikapp männen och totalt sett gått om dem i fråga om månadslön. Den genomsnittliga löneutvecklingen per år för de två senaste åren uppgår till 2,7% för kvinnor och 0,1% för män. Medellönen för dem som fått löneförhandla är ca 700 kronor högre än de som inte fått det, men det verkar inte som om möjligheten till löneförhandling spelar någon roll för om man är nöjd med sin lön eller inte. 47% av dem som löneförhandlat är nöjda med sin lön och 43% av dem som inte fått löneförhandla tycker att de har en lön de är nöjda med.

Av dem som svarat på enkäten har 75% utbildat sig i Sverige. Ibland de 25% som utbildat sig utomlands finns 22 länder representerade med Tyskland som det dominerande landet på 25%. På andra plats kommer Irak med 16%. Se diagram 2.

Dessa siffror har inte förändrats de senaste 4 åren men det har siffrorna angående diskriminering. På frågan om du någon under din arbetstid på kvinnokliniken känt dig diskriminerad på grund av nationalitet har 4% svarat ja, vilket är en förbättring från 2006 då 13% svarade ja. Av dessa 4% är 79% kvinnor. En annan typ av diskriminering vi frågat efter är den

Diagram 1. Anställningsvillkor 2008

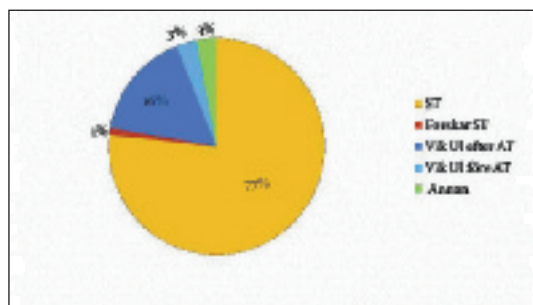
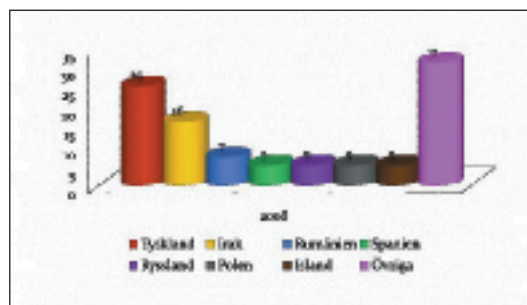


Diagram 2. Utbildningsland



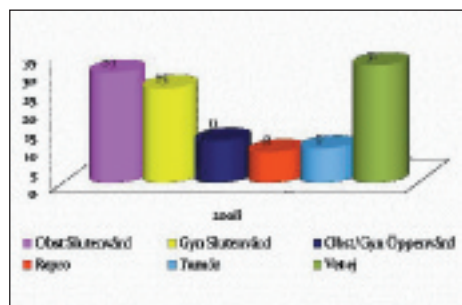
som baseras på kön. Här har sammanlagt 14% svarat ja (12% 2006) varav den största andelen är män (63%). Detta är en markant ökning från år 2006 då männen stod för 21%. Andel av männen som känner sig diskriminerade på grund av kön uppgår till 43%, vilket även detta är markant högre än år 2006 då samma siffra var 12,5%.

Den typiska underläkaren i gyn och obstetrik är således en 34 årig kvinna utbildad i Sverige. Hon har ett ST-kontrakt på heltid vid ett icke universitetssjukhus med en lön på 34 460 kronor/månad, vilket hon inte är nöjd med. Däremot känner hon sig inte diskriminerad vare sig på grund av kön eller nationalitet.

Nu har vi fått en bild av vår vän som fick lämna sin varma choklad och ostsmörgås i sticket för att reda upp en knepig situation. Hur ser då Marias möjligheter ut till en bra utbildning på sin klinik? Har hon till exempel en handledarutbildad handledare? Finns det en interntutbildning och i så fall hur många timmar i veckan? Finns det tid till inläsning av litteratur? Ja, frågorna är många och vi har försökt att ställa en del av dem samt kartlägga svaren.

När det gäller den formella utbildningsstrukturen på kliniken har det långsamt blivit bättre sedan år 2006. Det har skett en ökning från 75% år 2006 till 82% i år när det gäller de som har en ST-ansvarig, ST-chef eller studierektor på sin klinik. Att det finns en Studierektorsfunktion på kliniken kommer Socialstyrelsen att ställa som krav i och med den nya målbeskrivningen. 92% har en handledare (97% av dem som har ett ST-kontrakt). 48% av dessa handledare har enligt respondenterna genomgått handledarutbildning, medan 20% har svarat att de inte har det. Resterande 32% av respondenterna vet inte huruvida deras handledare är handledarutbildade eller ej. Även här kommer det att ställas större krav i och med den nya målbeskrivningen. I medel träffar man sin handledare 7 ggr/år (minskat med 1 gång sedan år 2006) men det är en stor spridning från 0,5 gånger/år till 50 gånger/år. Vidare så är regelbundna utvecklingssamtal med sin chef en del i denna for-

Diagram 3. Möjligt val av arbetsområde i framtiden.



mella struktur och av dem som svarat på enkäten har 66% det. Detta är en minskning från 2006 då andelen låg på 76%.

Ytterligare aspekter på utbildningsklimatet är möjligheten till interntutbildningar på klinik och regionnivå, antalet tillåtna externa kursdagar samt möjligheten till ledarskapsutbildning inom ST-utbildningen. 76% har en interntutbildning med ett snitt på 1,3 timmar/vecka och 53% har 6-10 externa kursdagar/år, vilket är rekommendationen från SFOG. Se diagram 3. År 2006 var jämförande siffror 81% respektive 55%. Gällande ledarskapsutbildning fortsätter framstegen och i dag svarar 55% (43% år 2006) att de ingår en ledarskapsutbildning i deras ST-utbildning. Dessa framsteg är bra men det kommer att krävas att 100% av dem som har ST-kontrakt får en ledarskapsutbildning av något slag då detta kommer att vara ett delmål i den nya målbeskrivningen som måste vara uppfyllt för att få ut sin specialistexamen. Vidare så behövs det gedigna teoretiska kunskaper för att uppnå specialistkompetens och tyvärr är det endast 23% som har schemalagd tid för teoretiska studier.

En annan del av utbildningsklimatet på kliniken är som vi redan nämnt möjligheten till externa kursdagar och för OGU är det naturligtvis intressant att veta hur många som får åka på SFOG veckan, där OGU har ett gediget program, samt ST-dagarna. När ST-dagarna gick av stapeln i Västerås år 2007 uppgår 21% att det var där. Av dem som inte var där uppgår de flesta att de inte var anställda på kliniken då, var föräldralediga eller inte fick åka. Vid 2008 års ST dag i Linköping var det

ca 30% närvaro (uppgift från arrangörerna och inte enkäten). I enkäten är det endast 13% som har svarat att de var på SFOG veckan och de som var där var i genomsnitt närvarande 3,5 dagar. Skälen till att inte åka på SFOG veckan är de samma som de angivna för ST-dagarna. Att notera är dock att det är så pass många som 21% av dem som inte var på SFOG veckan i Luleå som inte fick möjlighet att åka fast att de ville.

En återkommande fråga i OGU's utbildningsenkät har handlat om specialistexamen. Vi beslutade oss för att ha kvar dessa frågor trots att meningen med den nya målbeskrivningen är att den 5 åriga ST-utbildningen inte skall avslutas med en stor tentamen utan att man skall ha flera mindre kunskapskontroller under utbildningens gång. Det är dock av intresse att veta vad ST-kollegiet anser i denna fråga. Historiskt sett har andelen som tänkt sig att göra specialistexamen ökat från 57% år 2004 till 67% år 2006. Samma år ville 57% av dem som svarade på enkäten att OGU skulle arbeta för en frivillig specialistexamen. 22% önskade att den var obligatorisk och endast 6% att den skulle tas bort helt. I årets undersökning önskar 55% att det skall finnas en frivillig specialistexamen, 22% önskar att den vore obligatorisk och endast 3% vill att den skall tas bort helt. En femtedel kryssade i att de inte vet vad de vill att OGU skall verka för i denna fråga.

Således kan man säga att Maria har en handledare vilken kan vara handledarutbildad men som lika gärna inte behöver vara det. Hon träffar sin handledare ca 1 gång varannan månad. Vidare så tillhör hon troligen den del av oss ST-läkare som inte har någon schemalagd inläsningstid men däremot någon form av interntutbildning på klinik och regionnivå. Har hon otur (gäller 12% av oss) så har hon vare sig det ena eller det andra. Hon kan dock troligen glädjas åt att få någon form av ledarskapsutbildning, samt 6-10 externa kursdagar per år.

Då vet vi lite mer om Marias utbildningssituation och noterar att hon troligen får förkovra sig på sin fritid eftersom det inte finns någon tid till det på jobbet.

Men vi kan fortfarande hoppas att hon ges möjlighet till forskning på arbetstid. Vid förfrågan så är det bara 18% av dem som inte forskar som inte är intresserade alls. Därmed finns det omkring 166 stycken potentiella forskare som skulle vilja göra de 41 stycken (17%) som redan forskar sällskap. Av dessa 41 stycken är det hälften som forskar på sin fritid. Således så har nog inte Maria någon möjlighet att forska på betald tid utan får ta med sig sitt pek ut i hängmattan.

Marias tid i sin hängmatta blir nog inte så långvarig för arbetsmarknaden för oss blivande gynekologer och obstetrikere är lysande och 31% av oss kan se oss själva som chef i framtiden. Detta är dock något lägre än år 2006 då motsvarande siffra var 32%. Det är fortsatt populärt med gynekologisk slutenvård då 33% kan tänka sig att jobba med detta i framtiden. Hela 29% kan tänka sig att jobba med obstetrisk slutenvård vilket är glädjande. Se diagram 4. Det har dock varit liknande siffror sedan 2004 och erfarenheten är att när man väl

är färdig specialist så väljer man bort obstetrisk slutenvård. Den svåra rekryteringssituationen är ju som bekant ett aktuellt ämne inte bara i Sverige utan hela Europa och kommer att fortsatt vara en intressant nöt att knäcka.

Sammanfattningsvis så har denna enkät givit oss en hel del spännande information som kan driva oss alla att förbättra och förändra ST-läkarens utbildning och arbets-situation. Några av de saker som kan belysas lite extra är bland annat det faktum att så pass många av våra manliga kollegor någon gång har känt sig diskriminerad på grund av kön. Denna information väcker frågor som: Är det av patienter man känner sig diskriminerad? Är det av kollegor eller andra yrkeskategorier i vården? På vilket sätt yttrar sig diskrimineringen? Denna fråga kommer att belysas mer i nästa nummer av Medlemsbladet. Vidare så visar enkäten på att utbildningsklimatet är av varierande kvalitet ute i landet och det är tyvärr så att 37% av dem som svarat på enkäten inte tycker att de får den

utbildning som de behöver. Kan detta bero på att det är en så låg andel av oss som har tid inläsning samt att många som klagat över den tunga jourbördan? Av de 20% som någon gång haft anledning att ångra sitt val av specialitet uppger 39% just tung jourbörda som anledning. Av männen så är avsaknaden av manliga kollegor samt könsdiskrimineringen viktiga orsaker. Slutligen så är det glädjande att så många är intresserade av forskning. Smolket i bägaren är dock att så många som 51% av dem som forskar gör det helt på sin fritid. Bara 11% (3 stycken) är finansierade via forskar ST. Hur ska vi göra för att få alla 166 stycken forskningssugna att börja forska? Vill och klarar vi av att ta hand om dem? Ja, som ni märker så har enkäten i sin tur genererat en mängd intressanta frågeställningar som kan diskuteras på olika nivåer inom sjukvården. Starta diskussionen på din klinik med den fråga som ligger dig närmast om hjärtat. Tillsammans kan vi göra ST-läkarens situation bättre!



Nedräkningen har börjat!

Se omslagets baksida.

Foto: Länsstyrelsen Västra Götalands län

Har du hört talas om ENTOG?

ENTOG (European Network of Trainees in Obstetrics and Gynaecology) är en Europeisk organisation som funnits sedan 1997. ENTOG, som idag har 29 medlemsländer, har en kärnverksamhet bestående av ett årligt möte och utbytesprogram, där ST-läkare från hela Europa har möjlighet att utbyta erfarenheter.

I korthet är syftet med organisationen att skapa ett nätverk mellan ST-läkare i Europa, för att på detta sätt förbättra och öka samstämmigheten mellan ST-utbildningarna i de olika länderna. En harmonisering av utbildningsstandarden är önskvärd, med tanke på den ökade rörligheten mellan länderna. ENTOG försöker stimulera till forskning under ST-utbildningen och främja deltagarmöjligheterna i Europeiska multicenter projekt. Framöver jobbar ENTOG för att vidareutveckla nätverket, dels interaktivt genom utveckling av sin website, dels genom att utöka möjligheten till och längden på utbytesmöjligheterna under ST-utbildningen.

ENTOG är representerade i EBCOG (European Board & College of Obstetrics and Gynaecology), i olika arbetsgrupper och kommittéer. I stora församlingen sitter en egen representant med rösträtt.

För att nå en större publik och på så sätt uppmärksamma ST-utbildning och ENTOG:s arbete, så sammanfaller ENTOG:s årsmöte och utbytesprogram, från och med i år, med EBCOG:s Europeiska kongress. Så kommer fortsättningsvis att ske även framöver och nästa gång blir i Antwerpen våren 2010 (EBCOG:s kongresser hålls vart annat år). Vart annat år hålls således möte och utbytesprogram utan EBCOG kongressen, sommaren 2009 sker detta i Ungern. Intresserade bör hålla ögonen öppna, i nästa nummer av Medlemsbladet annonseras datum och utlotning av platser till utbytet.

ENTOG i Portugal 2008

Liksom alla tidigare år har mötet och utbytet organiserats av en lokal kommitté, i år bestående av portugisiska ST-läkare och deras motsvarighet till OGU; PONTOG.

Malin Strand, ST-läkare Sunderby Sjukhus Luleå
Vice ordförande och internationellt ansvarig OGU.

Genom åren har förberedelserna och organisationsförmågan varierat mellan arrangörsländerna, men i år fanns det inget att klaga på.

I utbyte i Portugal deltog 34 ST-läkare från 25 länder runt om i Europa. Via OGU, ger SFOG-stiftelsen för utbildning stipendier, som årligen möjliggör för två ST-läkare från Sverige att delta i utbytet. Urvalet av de intresserade ske genom lottning och i år fick undertecknad, samt Guillermo Forfait, ST-läkare från KK Eksjö delta i utbytet. Läs Guillermos reseberättelse på nästa sida.

Under ENTOG:s årsmöte utvärderades sammanslagningen av ENTOG utbytet med EBCOG kongressen och i princip samtliga deltagare var mycket nöjda med arrangemanget. Förberedelserna för nästa års utbyte är i full gång och en representant för ungerska arbetsgruppen presenterade det preliminära programmet som såg lovande ut. Tema för mötet är "Moderna trender och teknologi inom obstetrik och gynekologi; hur förändras praktiken?" Så snart program och datum är helt klara annonseras det på ENTOG:s hemsida, se adress nedan. ENTOG informerade om "SIGO for FIGO", ett projekt i samarbete med EBCOG inför FIGO-kongressen i Italien 2012, med målet att tillåta ökad rörlighet av ST-läkare över gränserna.

Temat för mötesprogrammet i övrigt i år var "Arbetsförhållanden i Europa", där bland annat EWTD (European Work

Time Directives) diskuterades livligt. Från att initialt inte gälla ST-läkare över huvudet taget omfattas vi nu sedan 2000 av dessa EU regler, vilka från augusti 2009 innebär en arbetsvecka med max 48 timmars arbetstid, med särskilda regler för dygn- och veckovila. Enligt många en suboptimal lösning för ST-läkare under utbildning inom kirurgiska specialiteter, där jourtid kontra produktionstid/möjlighet att operera varierar mellan sjukhus och länder. En farhåga som lyftes var att inaktiv jourtjänstgöring utan operationer eventuellt innebär förlängd ST-tid för att uppnå kraven för specialistkompetens. Förespråkarna hävdade att väl planerade och strukturerade utbildningsprogram för ST-läkarna skulle tvingas fram, som tillsammans med god handledning innebär att framtidens nyfärdiga specialister får tillräcklig erfarenhet trots förändrade (drägligare) arbetsbelastning.

Erika Werner (Nederländerna), ordförande i ENTOG, presenterade de preliminära resultaten från den andra ENTOG enkäten, rörande arbetsförhållanden för ST-läkare i Europa. Den första genomfördes för tio år sedan och visade på väldigt heterogena ST-utbildningsförhållanden i Europa, med stora kulturella, sociala, etiska och ekonomiska skillnader. För att nå mer standardiserad kvalitet på ST-utbildningen rekommenderade EBCOG bland annat 5-års ST-utbildning, handledarlett lärande, fortlöpande utvärdering av kunskapsutvecklingen samt förande av loggbok.

Årets enkät innehöll bland annat frågor om tillgänglighet och längd av ST-utbildningen, utvärdering och examination, akademisk träning, granskning av utbildningskliniker samt livskvalitetsaspekter.

Detta jämfördes sedan med resultaten för tio år sedan. Enkäten i sin helhet, finns att se på hemsidan, se adress nedan.

Sammanfattningsvis var svarsfrekvensen god, 89%. Vänstretiden efter legitimering, innan ST-tjänst påbörjades, var i snitt 1 1/2 år. De flesta länder har nu en fem-årig ST-utbildning, med variation från fyra till sex år. I 23 av 24 länder är majoriteten av ST-läkarna kvinnor, Grekland undantaget. Vid undersökningen för tio år sedan var förhållandena omvända, i mer än hälften av länderna var majoriteten av ST-läkarna män. 21 länder har loggbok under ST-utbildningen, i 15 länder en nationell loggbok, som i många fall är inspirerad av EBCOG:s loggbok. Elva länder har utvärderingssystem (motsvarande SPUR-inspektion) av undervisande kliniker. Examination av ST-läkarna under utbildningens gång varierar stort, där man kan nämna att bara Sverige, Norge och Holland saknar (obligatorisk) examination under eller efter avslutad utbildningen.

Jämfört med enkäten för tio år sedan så har arbetstiden reducerats till 50 tim per vecka, men fortfarande har ungefär hälften av länderna inte ledigt efter jourarbete nattetid. Även föräldraledigheten, som i

Europa framför allt är mammaledighet, varierar stort mellan länderna, en del av variationen tror man beror på sociala och kulturella förhållanden och inte nödvändigtvis på arbetsförhållandena.

Lönen varierar stort och i och med det livskvaliteten. Irland, Danmark och Norge ligger i topp i löneligan. I Rumänien och Lettland tjänar man som sämst, och där, samt i Ungern, upplever ST-läkarna att det är svårt eller till och med mycket svårt att få en bra livskvalitet med nuvarande inkomst.

Rekommendationerna efter årets enkät blir att introducera visitations- eller utvärderings- system av undervisande kliniker i de länder där detta saknas och de nya arbetstidslagarna bör introduceras i samtliga länder. Ytterligare harmonisering av utbildningen i Europa är önskvärt, liksom kontinuerlig utvärdering av utbildningen. Vi måste jobba på att fortsätta attrahera manliga kollegor till specialiteten och lönen för ST-läkarnas arbete bör tillåta en rimlig livskvalitet. Ny enkät planeras om 5 år.

Dr Pietro Gambaduro, italienare som numer jobbar som specialistläkare i Spanien illustrerade väl variationen i Europa genom att berätta om de tidigare italienska för-

hållandena. För ett par år sedan var italienska ST-läkare inte anställda på sitt sjukhus, och därmed gällde inte heller de nya arbetstidslagarna för dem. De var stipendiater och fick 900 ? i månaden, som utöver levnadskostnader skulle täcka undervisnings- och förbundssavgifter, samt ibland yrkesförsäkring. De hade inget anställningskontrakt, ingen ersättning vid sjukfrånvaro, föräldraledighet, arbetslöshet eller pension. De räknades fortfarande som studenter, men med fullt lagligt ansvar för patienterna. Efter debatt i medierna, en del stöd från de äldre kollegorna och gemensamt ställningstagande bland ST-läkarna, resulterade en nationell strejk slutligen i att förhållandena ändrades.

Slutligen en uppmaning till alla intresserade att besöka ENTOG s hemsida, www.entog.org, presentationerna från mötet och enkäten finns under events/past events/Proceedings of Meeting 2008 (enkäten/ENTOG Executives), SIGO for FIGO återfinns under projects.

Rekommenderar dessutom varmt utbytet, som varit en fantastisk erfarenhet, och ser fram emot många ansökningar inför kommande utbyte och möte i Ungern 2009. ■

Mina dagar som ST-läkare i Faro, Portugal

En reseberättelse från ENTOG-utbytet 2008.

När jag fick se i Medlemsbladet att utbytet i år var med Portugal tvekade jag inte sekund med att skicka in en anmälan. Jag gick läkarutbildningen i grannlandet Spanien och efter fem år i - för det mesta mycket kalla - Sverige kände jag att det var det hög tid att återvända till iberiska halvön i ett professionellt sammanhang. Destinationen blev Faro, Algarves största stad, som framför är känt som turistmål och som kan stoltsera med fler än 300 soldagar om året. Väl där blev jag omhän-

dertagen av en ST-läkare som visade mig runt och presenterade mig för verksamhetschefen och andra kollegor. Alla visade ett stort intresse och var mycket glada över att få besök av en kollega från Sverige. Lyckligtvis håller min portugisiska fortfarande måttet och kontakten med framförallt personalen underlättades enormt.

Den blomstrande turismen till trots är södra Portugal ett relativt fattigt område; något som återspeglas inte minst i den offentliga sjukvården. På kvinnokliniken

varskodde man mig om några vanliga problem som narkomani, tonårsgraviditeter, invandrare i dålig fysisk kondition och inte minst HIV. Sedan början av året (2008) är det lagligt med aborter fram till vecka 10, men än så länge är aborter mycket ovanligare än vad myndigheterna hade räknat med.

Kvinnokliniken är, inte oväntat, indelad i tre avdelningar, nämligen; Gynekologi, Förlossning och BB. Även om lokalerna var rena tyckte jag att de kändes trånga och

slitna. Här förlöser man årligen tretusen barn med en sectiofrekvens på omkring tjugofem procent. Eftersom det inte finns någon BB-hemvård har man en vårdtid på fyra dagar vid förlossning (partus normalis) och fem dagar vid snitt.

Mammorna ligger tre per rum, med påslagna mobiltelefoner och med skrikande barn vilket gör att det inte är helt enkelt att vila upp sig. Papporna får bara vara närvarande vid förlossningen. Man har gjort stora insatser för att främja bröstamning. Exempelvis finns där för ammande nyblivna mammor och deras barn ett stort rum med sköna fätöljer och rogivande motiv på väggarna.

Förlossningsavdelningen består av fyra förlossningsrum, där naturligtvis enbart kvinnor i aktivfas accepteras. Där finns även två mindre rum som används omedelbart postpartum innan mamman kan flyttas vidare till BB-avdelningen. På förlossningsavdelningen finns en operationssal. Vid varje förlossning finns en narkosläkare närvarande (med tanke på hög användning av EDA och ingen lustgas vid förlossning).

Dagen därpå fick jag möjlighet att delta vid lördagsjouren, vilket var mycket intressant. Under helgerna gäller tjugofyratimmarsjour och under veckorna två tolv-timmarspass. Under jourpassen arbetar två specialister och en ST-läkare, alltid i samma team vilket ger en känsla av gemenskap.

På morgnarna ägnas mycket tid åt utskrivningar och omvårdnad, egentligen arbete som normalt utförs av barnmorskorna i Sverige. Det finns ingen strikt etablerad morgonrond, utan patienterna tas om hand av olika läkare.

Vad jag fann något anmärkningsvärt när det gäller överburenhet är att inductionerna görs under vecka 41, dagarna (t.ex. 41+5) räknas således inte. Cytotec används för utmognad av cervix såvida patienten inte genomgått sectio tidigare. Episiotomifrekvens var omkring 60 procent för det gäller förstföderskor, och på min fråga om hur vanligt det är med sfinkterrupturer kunde jag inte få något direkt svar men det stod klart att det är mycket ovanligt. Under förlossningsförloppet tas inget pH eller laktat och man tittar knappt på partogrammet utan tolkar enbart CTG, något som, enligt min blygsamma bedömning, ledde till ett par förhastade snitt. Journalerna



Guillermo Forfait

förs i pappersform, några datajournaler existerar inte. Normala förlossningar handhas av antingen barnmorska eller läkare med sterila kläder och munskydd. Vid snitt medverkar alltid två läkare, men ingen operationssköterska. Läkarna tvättar och dukar alltså upp själva.

Efter en relativt lugn morgon åt vi lunch i en matsal som varje dag erbjuder ett val mellan fem olika rätter, däribland torsk (naturligtvis), vilket är trevligt i och för sig. Under eftermiddagen ökade tempot avsevärt och jag erbjöds möjligheter att delta i arbetet mer aktivt. Vi hade tre snitt inom loppet av två timmar. Bland annat ett dramatiskt fall med en brasiliansk förstföderska med eclampsi i vecka 26 där barnet sedermera avled två dagar gammalt.

Natten fortlöpte med en strid ström av jourfall, de flesta på den obstetriska sidan, fram till dess solljuset fyllde avdelningen och det blev dags att lägga sig. Söndagen ägnades åt strand och naturligtvis fotboll.

Då gynekologernas verksamhet omfattar bröst, vilket jag finner helt logiskt, erbjöds jag på måndagen tillfälle att få assistera vid ett par bröstoperationer. Jag fick även möjlighet att ta del av mottagningen på GynOnk. Det som kan vara intressant att nämna här är det samarbete sjukhuset har med många privata kliniker där man utför till exempel MR-undersökningar och strålbehandling. Många läkare som arbetar på sjukhuset driver också egen privatpraktik på eftermiddagarna. Så till sist avslutade jag utbytet på MVC, som egentligen mycket liknar vår

spec-MVC (den normala mödravården tas hand av distriktsläkarna)

Så blev det då dags att åka till Lissabon för att delta vid den europeiska obstetrik- och gynekologikongressen (EBCOG), där det stora ämnet var det HPV-vaccin som håller på att bli aktuellt för allmänna vaccinationsprogram i de flesta länder.

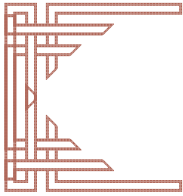
Lissabon är en fantastiskt vacker stad. Dess historiska centrum ligger på sju kullar, vilket gör att många av stadens gator är för branta och trånga för motorfordon. Många av dessa platser nås därför med bergbanor.

I Lissabon gavs även tillfälle att träffa andra europeiska ST-läkare som deltog i ENTOG-utbytet. Det var mycket givande att få dela synpunkter och erfarenheter under organiserade och trevliga former med god mat, Fadomusik och förstås gott Portvin.

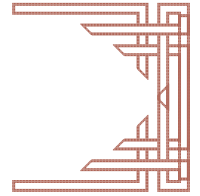
Det var givetvis lite trist att behöva lämna Portugal, eftersom det inte alls var svårt att vänja sig vid livet där, men jag är mycket glad över att ha fått fylla en plats i själen med oförglömliga upplevelser och med nya kollegors vänskap. Jag kan inte annat än att verkligen, å det resolutaste, uppmana alla ST-läkare att delta i utbytet. Det är givande och entusiastmerande. Det är ett äventyr.

Ate logo

Guillermo Forfait
ST-läkare KK Eksjö



Pionjärer inom Obstetrik och Gynekologi



Giorgios Papanicolaou (1883 – 1961)

Cervixcancer incidensen har halverats sedan gynekologisk cellprov screening infördes under 50-talet i USA och på 60-talet i Sverige.

I USA och engelskspråkiga länder benämns gynekologiska cellprov ”PAP smear” eller ”PAP test”.

Giorgios Papanicolaou, som gav sitt namn åt PAP smear, föddes 1883 och kom från den lilla staden Kymi på ön Euboea i Grekland. Fadern var praktiserande läkare och borgmästare. Då fadern blev riksdagsman i Aten underlättades Giorgios studier där. Han ägnade sig först åt filosofi, språk och musik, men övertalades av fadern att läsa medicin med sikte på att ta över praktiken hemma i Kymi.

Efter examen inkallades Papanicolaou till armén för att under något år utbildas till militärläkare. Han gillade dock inte tanke på en framtid vare sig som landsbygdsdoktor eller arméläkare utan lyckades få fadern att finansiera några års studier i Tyskland. Via Jena och Freiburg kom han till München, där han på ett zoologiskt institut år 1910 skrev sin doktorsavhandling om vattenloppans könsdifferentiering. Han blev en mycket kompetent mikroskopist. Hemkommen till praktiken i Kymi vantrivdes han och saknade intellektuella utmaningar. Under tiden hade han träffat och gift sig med en 18 årig överstedotter, Andromache. Hon var ett gott parti, vacker och välutbildad (dvs. talade franska och kunde spela piano). Svärfadern bjöd på resa till Monaco, där Papanicolaou blev engagerad på Oceanografiska museet och deltog i furstens expeditioner med sitt forskningsfartyg, L’Hirondelle.

År 1912 bröt första Balkankriget ut och Papanicolaou blev inkallad. Till grekiska armen kom också grek-amerikanska fri-

Jörgen Sigurd, Gynmottagningen,
Piteå Älvdals Sjukhus



villiga läkare för att slåss mot turken. De kunde beskriva vilka forskningsmöjligheter, som fanns ”over there”. Mot båda familjernas bestämda inrådan och fruktlösa motstånd anlände Giorgios och Andromache Papanicolaou 1913 till New York för att söka lyckan. De hade 250 dollar på fickan, kände ingen och kunde inte ett ord engelska. Arbete fick de på ett varuhus. Han på mattavdelningen, hon sydde i knappar. Giorgios spelade fiol på barer och restauranger på kvällarna. Dock gick integrationen fort och inom ett år arbetade båda på anatomiavdelningen på Cornell University i New York. Andromache blev hans trogna assistent och preparatris, ett samarbete som varade till hans död 47 år senare. Då det senare blev förbjudet för två makar att vara anställda på samma avdelning, fortsatte hon oavlönad.

Papanicolaou forskade på marsvinens könsdifferentiering, vilket krävde tillgång till äggceller i mitos. Att döda marsvin för att finna att tidpunkten för ovulationen kanske hade passerats var frustrerande och framför allt kostsamt. Då alla högre däggdjur har blödningar eller sekret avgång före ovulation under sin fertila period,

beslöt Papanicolaou att närmare undersöka om inte marsvinen också hade något liknande, kanske så sparsamt så att blotta ögat inte kunde upptäcka det. Men hur undersöker man vagina hos ett marsvin? Papanicolaou var praktisk och inhandlade ett nässpekulum av barnmodell. Vid mikroskopi av vaginal sekretet öppnade sig en ny värld! Redan samma kväll tog han det första vaginalutstryket på hustrun, Andromache. Marsvinets vaginalceller ändrade sig på ett karakteristiskt sätt under estruscykeln. Det gick att förutsäga ovulation hos marsvin genom att bedöma vaginalutstryk! Detta publicerades 1917, innan östrogen isolerats 1923. Den exfoliativa cytologin var född.

De närmaste åren kartlades hur vaginalcellerna förändras under kvinnans menscykel, före puberteten och efter menopaus. Andromache blev en levande standard för hormonella variationer. Hon följdes i över 20 år av P som presenterade henne som ”my wife and my victim”. De fick inga barn.

I början av 20-talet ställde den kvinnliga personalen på New York Women’s Hospital upp som försökspersoner för fortsatta vaginalcytologiska studier. Av en slump råkade en av dessa damer ha cervixcancer i ett prekliniskt stadium. När Papanicolaou såg cancercellerna förstod han med en gång, att här hade man en ny metod med potential att diagnosticera tumörer innan patienten fått symtom. Detta presenterades som föredrag vid ett möte med gynekologer år 1923. Möjligheten till screeningundersökningar ventilerades också. Det något rigida gynekologiska etablissemangen var dock inte moget att ta lärdom från en cellforskare från anatomin, som ej förstod att rätt värdera traditionella metoder som fraktionerad abrasio och provexcisioner.



Gemensamma kvalitetsparametrar från GKR och Gynop-registret kring hysterektomi kan redovisas – men inte utan besvär!

Först när Papanicolaou i samarbete med en gynekolog, dr Traut år 1941, beskriver ett stort material med dysplasier förstod man till fullo metodens utvecklingspotential. Atlas of Exfoliative Cytology (1954) sammanfattande hans livsverk. Efter detta kom screeningen i gång och med den ärobetygelserna och världsberömmelsen. Han nominerades för, men fick ej Nobelpriset 1960. Kommer någon ihåg vem som fick det?

År 1961 erbjöds Papanicolaou chefskapet på ett cancerforskningsinstitut i Florida. Åldersdiskriminering förekom alltså inte. Papanicolaou var ju 78 år. En hjärtinfarkt ändade dock hans liv innan han hann tillträda.

Frimärken med hans porträtt har givits ut i USA, Grekland och Cypern. I Grekland fick den största sedeln, 10000 drachmer, hans porträtt år 1995. Emellertid blev dess livstid kort då man gick över till euro 2000.

Dr PAP lär nog kommas ihåg ändå.

Troligen var Papanicolaou inte medveten om att Aurel Babes 1927 i Bukarest publicerat ett arbete om vaginalcytologi och cancerceller. Vem läser förresten medicinska tidskrifter från Rumänien?

PS Nobelpriset i medicin 1960 FM Burnet och P Medawar för upptäckten av den förvärvade immuniteten (Red) ■

Rapporten kan även hämtas från www.gynop.org under Åtterrappporter.

Bakgrund

Sedan juli 2007 har det varit möjligt att kvalitetsregistrera gynekologiska abdominalkirurgiska ingrepp i Stockholms län via det regionala registret GKR (gynekologisk kvalitetsregister). Efter mindre lyckade försök med att införa Gynop-registrets (Nationella kvalitetsregistret inom gynekologisk kirurgi) hysterektomiregister vid Södersjukhuset och Danderyd 2001 och 2002 förespråkade SPESAK (specialist-sakkunnig) upprättandet av ett regionalt kvalitetsregister.

Stockholmsklinikernas verksamhetschefer beslöt då att satsa på en lokal variant (Gynop light) med begränsat urval av traditionella kvalitetsparametrar från Gynop-registret. Gynop light visade sig vid skarp drift dock ej att motsvara de uppställda funktionella kraven och ersattes därför med det nystartade GKR som bygger på samma principer som det välkända perinatalregistret med on-lineregistrering av data som exporteras direkt till en central SQL-databas via Internet. Under uppbyggningsfasen har det varit täta kontakter mellan de två registren för att säkra kongruens, vilket även har varit SFOGs önskemål. På initiativ av SFOGs ordförande Charlotta Grunewald bildades därför denna grupp med syfte att hitta tekniska lösningar för gemensam redovisning.

Material & metoder

Eftersom huvudsyftet med detta pilotprojekt var att skapa tekniska lösningar för gemensam redovisning beslöt man att

Anders Kjaeldgaard, docent, överläkare, Karolinska universitetssjukhuset, Huddinge

Jan-Henrik Stjernedahl, docent, överläkare, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg

Mats Bergström, överläkare, Södersjukhuset, Stockholm

Mats Löfgren, universitetslektor, Norrlands universitetssjukhus, Umeå

Kerstin Palm, specialistläkare, Karolinska universitetssjukhuset, Huddinge

fokusera på den relativt väldefinierade gruppen friska kvinnor som genomgått elektiv hysterektomi med benigt PAD efter ingreppet. Dock exkluderades patienter opererade på prolapsindikation. Efter genomgång av gemensamma parametrar selekterades följande av allmänt intresse: Operationstid, vårdtid och komplikationer som observerats under vårdtillfället. Även enkätdata på såväl patientrapporterade som läkarbedömda komplikationer skulle redovisas. Redovisningsperioden bestämdes gälla halvårsperioden från 1/7 2007 (då GKR sattes i drift efter provperioden på KS, Huddinge).

Härefter konstruerades en Accessdatabas innehållande en minimatris som skickades till ansvariga för båda registers centrala databas. Efter selektion och avidentifiering ifylldes de två minimatriserna med data enligt avtalad kodning och samsamfördes



i en gemensam Accessdatabas, vars data sedan har bearbetats i statistikprogrammet SPSS 16.0. Resultaten redovisas nedan.

Basdata, operationsmetoder och vårdtid

Efter selektion av friska (ASA < 2) uterus-exstirperade utan framfall, men med benigt PAD under perioden 1/7 – 31/12 2007 kvarstod 1342 patienter från 45 kliniker, varav GKR bidrog med 12,5% fördelade på 7 kliniker i Stockholms län. Som framgår av Figur 1 överväger total uterus-exstirpation kraftigt, men subtotal (supravaginal) exstirpation utförs i 20% av fallen.

Den abdominella metoden är fortfarande den dominerande (70,8%), men den vaginala är också vanlig (27,1%), främst vid västkusten. Laparoskopiska uterusoperationer utförs i begränsad utsträckning (2,1%), främst i Göteborg och Uppsala, och endast enstaka fall har registrerats på 6 andra kliniker.

Den genomsnittliga operationstiden för abdominell hysterektomi är 90 min (median 85 min). Vaginal hysterektomi går något snabbare (medel 77 min, median 70 min), men operationstiden ökar med mindre än en kvart vid laparoskopisk exstirpation (medel 102, median 95 min). Se figur 1.

Medelvårdtiden varierar kraftigt i landet som framgår av tabell 1. Av utrymmesskäl har de kliniker som bidrar med mindre 1% av fallen selekterats bort.

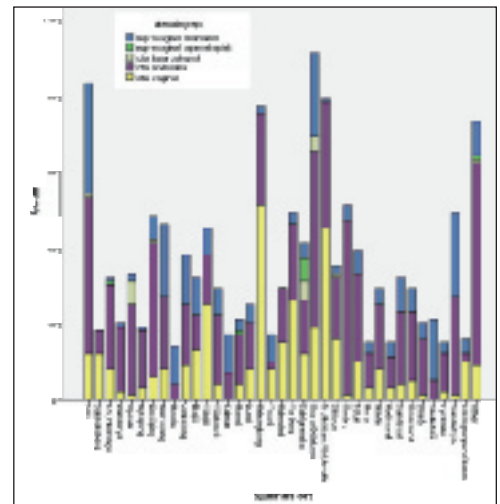
Sjukhusen har rankats efter medelvårdtid som anges i antalet postoperativa dygn (= antalet övernattningar postoperativt). Man kan här notera en stor variation (1-5 dygn) för abdominella ingrepp. Samma gäller även vaginaloperation där medelvårdtiden varierar mellan 1 och 3 1/2 dygn. Genomsnittligt skrivs dock de vaginalopererade patienterna ut 1 dygn tidigare än de laparotomerade

Komplikationer

Komplikationsfrekvensen vid utskrivningen redovisas i tabell 2. Den lägre komplikationsfrekvensen för vaginal hysterektomi är övertygande signifikant (p<0.01 vid Chi2 test). Materialet medger ingen analys av komplikationspanoramats.

Figur 1.

Olika typer av uterus-exstirpation fördelade på sjukhus som bidrar med mer än 1% av totalmaterialet (n = 1342)



Tabell 1.

Medelvårdtid (dygn) för uterus-exstirpation vid sjukhus som bidrar med mer än 1% av totalmaterialet (n = 1205)

Sjukhus	Alla hyst		Abd hyst		Vag hyst	
	Antal pat	Vårddygn medel	Antal pat	Vårddygn medel	Antal pat	Vårddygn medel
Motala	14	1,00	14	1,00	0	
Skellefteå	21	1,57	21	1,57	0	
Sabbatsberg	18	1,61	6	2,50	12	1,17
Läkargruppen Örebro	13	1,62	6	2,17	7	1,14
Helsingborg	67	1,67	20	2,35	47	1,38
Sundsvall	32	2,13	28	2,29	4	1,00
Trollhättan NÄL	74	2,28	32	3,09	42	1,67
Umeå	20	2,30	19	2,32	1	2,00
Falun	36	2,42	27	2,22	9	3,00
Eksjö	32	2,53	19	2,84	13	2,08
Lycksele	15	2,53	13	2,62	2	2,00
Halmstad	26	2,54	13	3,15	13	1,92
Västervik	27	2,59	23	2,83	4	1,25
Ystad	16	2,63	8	3,50	8	1,75
Sahlgrenska	38	2,63	16	3,88	11	1,45
Norrköping	44	2,64	36	2,83	8	1,75
Malmö	16	2,69	12	3,25	3	1,00
Sunderbyn	46	2,74	46	2,74	0	
Östersund	26	2,77	21	2,95	5	2,00
Lund	21	2,81	14	2,57	7	3,29
Södersjukhuset	83	2,83	70	3,01	12	2,00
Östra Göteborg	82	2,84	63	3,06	15	2,27
Hudiksvall	14	2,93	11	3,18	3	2,00
Jönköping	36	2,94	27	3,37	9	1,67
Växjö	42	2,98	19	3,26	23	2,74
Nyköping	14	3,07	11	3,55	3	1,33
Linköping	47	3,11	40	3,35	6	1,67
Kalmar	16	3,13	16	3,13	0	
Mora	14	3,21	11	3,45	3	2,33
Skövde	34	3,24	17	3,71	16	2,75
Uppsala	21	3,24	14	4,07	1	3,00
Varberg	47	3,36	21	3,76	26	3,04
Gävle	25	3,48	18	3,78	7	2,71
Örebro, USÖ	42	3,67	41	3,73	1	1,00
KS, Huddinge	31	3,81	22	4,45	8	2,38
Danderyd	17	4,88	15	5,07	2	3,50
Total/ medel	1205	2,75	866	3,07	339	2,00

**Tabell 2.**

Komplikationer under vårdtiden relaterade till operationsmetod

Komplikation	Hysterektomimetod			Total %
	Abdominell	Laparoskopisk	Vaginal	
Ingen (%)	87,2	84,6	92,6	88,6
Lindrig (%)	9,0	15,4	5,3	8,1
Allvarlig(%)	3,0	0	2,1	2,7
Lindrig + allvarlig (%)	0,7	0	0	0,5
Total antal	865	26	339	1230

Tabell 3.

Komplikationer under vårdtiden och konvalescensen.

Läkarbedömd komplikation	Patientrapporterad komplikation			Total %
	Ingen	Lindrig	Allvarlig	
Ingen (%)	98,2	42,7	20,7	78,2
Lindrig (%)	1,4	55,5	34,5	18,0
Allvarlig (%)	0,4	1,8	44,8	3,8
Totalt antal	278	110	29	417
Total (%)	66,7	26,3	7,0	100

I båda register skickas enkät ut till patienterna 8 veckor efter operationen. De patientrapporterade komplikationerna bedöms härefter av den patientansvariga läkaren som kan beställa kopia av journalhandlingar från andra vårdgivare efter patients medgivande. Resultatet av denna granskning framgår av tabell 3. Som framgår finns det här en diskrepans mellan patientens och läkarens uppfattning av när och hur allvarligt man drabbats av en komplikation. Bara 2 av 3 patienter ansåg att operationen var okomplicerad, men enligt behandlande läkare drabbades endast 1 av 5 av övervägande lindrig komplikation. Vid jämförelse med tabell 2 framgår att mer än hälften av de lindriga komplikationerna först manifesterade sig efter utskrivningen, emedan frekvensen av nydebuterade allvarliga komplikationer var mindre än 1%. Två sjukhus i Stockholmsregionen hade signifikant fler patientrapporterade allvarliga komplikationer, men denna avvikelse kvarstod ej efter läkarbedömningen.

Diskussion

Även om de selekterade parametrarna endast utgör en liten del av de gemensamma, torde vissa resultat initiera en kvalitetsförbättringsprocess. Med tanke på den stora spridningen i postoperativ vårdtid bör man ställa frågan vilka medicinska eller andra vinster som uppnås med "extradagarna".

Materialets storlek medger ej analys av huruvida upptäckt av postoperativa komplikationer fördröjs hos patienter med extremt korta vårdtider. Vid kliniker med stor diskrepans mellan patientrapporterade och läkarbedömda komplikationer kan troligen patientinformationen förbättras.

Syftet med detta pilotprojekt var dock främst att undersöka praktiska lösningar för att redovisa gemensamma parametrar i de två registren. Den valda lösningen, sammanförning i Accessdatabas av gemensamma omkodade variabler selekterade från Gynop-registrets centrala Accessdatabas och GKR's SQL-databas, är en farbar väg som dock

kräver många steg, och är därför relativt tidskrävande. Detta är bekymmersamt med tanke på att vi här endast redovisar 8 av de drygt 40 gemensamma parametrarna för uterusoperationer.

Ett liknande antal gemensamma parametrar tillkommer då GKR's tumörkirurgiregistrering inom kort tas i drift, och ytterligare parametrar ska adderas efter start av det planerade regionala register för urogynekologisk kirurgi. Även om fasta syntaxer skulle kunna underlätta sådan redovisning via Accessdatabas, förefaller det dock vettigt att i första hand avvakta Gynop-registrets planerade övergång till central SQL-databas. Ifall man då använder samma kodning för gemensamma data torde en del merarbete kunde undvikas. De två registrens databaser har dock lite olika uppbyggnad, främst vad gäller operationsklassifikation, och därför kommer det även framöver att behövas fortsatt utvecklingsarbete innan fasta rutiner för årlig redovisning för gemensamma parametrar kan etableras. ■

"Modern management of menorrhagia"

Nu var det dags igen: för andra gången samlades ca 140 gynekologer i Stockholm, denna gång i Norra Latins gedigna lokaler, för vetenskaplig diskussion kring symtomet menorrhagi. Det första mötet hölls 2005 och var inriktat på utredning av patienter med menorrhagi. I det aktuella mötet valde vi att lägga vikten på behandlingsalternativ vid menorrhagi.

Möte inleddes med att definiera menorrhagi samt bakomliggande orsaker. Menorrhagi, definierat som en regelbunden mensblödning överstigande 80 ml blod per mens, förekommer hos drygt 10 % av svenska kvinnor i fertil ålder. Dessa kvinnor blir långvarigt hämmade i sitt sociala och yrkesmässiga liv av sin blödning; de planerar delvis arbete och fritid utifrån menstruationen. Menorrhagi är den vanligaste orsaken till järnbristanemi; 3 % av kvinnor i fertil ålder behöver sjukskriva sig minst en gång om året på grund av riklig menstruation. Menorrhagi utgör därmed ett folkhälsoproblem.

En förutsättning för att framgångsrikt behandla menorrhagi är att först ta reda på orsaken till den rikliga blödningen. Anatomiska förändringar i kaviteten såsom myom, endometriepolyper, adenomyos, endometrieatypier/cancer står för upp till 50 % av alla fall av menorrhagi. Från att ha ansetts att koagulationsdefekter är en sällsynt genes till menorrhagi har vår syn nu ändrats och i varierande material anges att 15-50 % av kvinnor med menorrhagi visas ha en defekt koagulation. Idiopatisk menorrhagi, där man inte kan peka ut någon säker orsak, förekommer i ca 30-50 % av alla fall. En relativt ny syn är att betrakta idiopatisk menorrhagi som en angiogenessjukdom. Uppbyggandet av ny slemhinna i livmodern efter menstruationen är helt



Organisatorerna av mötet. Miriam Mints och Måns Edlund.

beroende av en fungerande angiogenes. Tillväxt av blodkärl är en komplex process där angiopoetiska faktorer utövar sin effekt i en väl reglerad sekvens. VEGF (vascular endothelial growth factor) har en central roll vid nybildandet av blodkärl. Det har visats att VEGF och dess receptorer är överuttryckta i endometriets kärl vid idiopatisk menorrhagi och att dessa blodkärl har "hål" (gaps) som inte täcks av endotel. Dessa gaps gör kärlen sköra, vilket leder till stora mensblödningar.

Därefter diskuterades behandlingsalternativ: medicinsk behandling, minimalinvasiva metoder och hysterektomi.

Lalithkumar PGL, från institutionen för kvinnors och barns hälsa vid Karolinska Institutet redovisade en randomiserad studie beträffande konservativ behandling av myom med mifepriston. I studien ingick 72 kvinnor med myom och 30 friska kontroller. Behandlingen med mifepriston alt placebo pågick i 3 månader. Kvinnorna följdes upp med ultraljud, endometrie- och bröstbiopsi. Resultaten är lovande: menorrhagier minskade med ca 90 %. Biverkningar såsom vallningar var milda.

Ritva Hurskainen från Hyvinkää Hospital i Finland belyste de befintliga alternativen för medicinsk behandling vid menorrhagi, såsom NSAID, tranexamsyra, p-piller, progesteroner och levonorgestrelspirral. Mirena® förefaller vara ett bra alternativ bland dessa behandlingar - resultaten är jämförbara med hysterektomi och endometriresektion - blödningar minskar med 65-98% och upp till 88 % av alla kvinnor är nöjda med behandlingen. Dessutom minskar Mirena® smärtsamma menstruationer och PMS i upp till 60-80 % av alla fall. De senaste studierna har påvisat att Mirena® har terapeutisk effekt även vid myom och endometriosis, tillstånd som är associerade med menorrhagi. Ritva berättade om riktlinjer för utredning och behandling av menorrhagi i Finland, varifrån erfarenheterna är väldigt goda: antalet hysterektomifall har sedan införandet av riktlinjerna år 2005 minskat från 10000 till 7500.

Helena Scheele-Sandström från kvinnokliniken vid Gävle sjukhus är den som har störst erfarenhet av embolisering av uterina kärl i Sverige. Detta ingrepp är ett alternativ till hysterektomi. I de fall myomet/myomen kan behandlas med ännu mindre invasiva behandlingar som hysteroskopisk myom resektion, bör man välja dessa. Efter emboliseringen är 90 % förbättrade vad gäller menorrhagi och 80 % förbättrade vad gäller trycksymptom. Myomen minskar ca 50 % i volym. Vid infertilitet kan embolisering endast undantagsvis utföras, då enukleation av myom är omöjlig. Svåra komplikationer som infektion som leder till hysterektomi förekommer i <1% av alla fall, och framförande av myom förekommer i 2,5 % av fallen.



Ritva Hurskainen

Professor Hans Brolmann, VU University Medical Center Amsterdam presenterade en annan metod för ocklusion av uterina kärl; GynOcclude®. Metoden kallas också för "Doppler-Guided uterine artery occlusion" och går ut på att man identifierar uterina kärl med hjälp av doppler och via vagina sätter speciella klämmor runt cervix. Klämmorna lämnas i 6 timmar, och behandlingen utförs i EDA. Preliminära resultat visar 45-77 % symtomreduktion och reduktion av myomstorlek med ca 80 %. De komplikationer som har inträffat hittills är hydronefros (då klämmor satts över uretären). För närvarande pågår en multicenter randomiserad studie i sex europeiska länder. Metoden är jämförbar med embolisering, dock förs till skillnad från vid emboliseringen inga främmande material in, och ingreppet utförs av gynekologer.

En annan fråga som diskuterades är huruvida intrakavitära asymtomatiska polyper ska tas bort eller ej. Marit Lieng från



Hans Brolmann

Ullevål University Hospital i Norge har ett pågående forskningsprojekt om endometriepolyper. Prevalensen av endometriepolyper hos kvinnor med menorrhagi varierar mellan 13-50 %. Dessutom är 20-46 % av endometriepolyper asymtomatiska. Marit Lieng och medarbetare har påvisat att incidensen av malignitet i symtomatiska polyper är 3,2 % och 3,9 % i asymtomatiska. Slutsatsen är att till dess märkörer eller undersökningsmetoder som kan hjälpa oss att urskilja maligna förändringar från benigna, bör alla endometriepolyper tas bort.

Om hysteroskopisk resektion av endometriet redovisade en av undertecknade, Miriam Mints. Metoden är väl etablerad både i Sverige och i andra länder. Den lämpar sig för resektion av endometriet om uterus-kaviteten är ≤ 12 cm eller vid submukösa myom < 6 cm och polyper. En långtidsuppföljning har visat att cirka 80 % av kvinnor är förbättrade vad gäller menorrhagi, dock genomgår cirka 12 till

20 % hysterektomi inom 3 år. Utvecklingen av minimal-invasiva metoder har gått i riktningen att minimera nackdelarna som till exempel lång inlärningstid för operatören, vätskeresorption med risk för hjärnödem och uterusperforation med tarmskada som följd. Därför har



Christian Ottosen och Mats Löfgren.

de senaste åren monopolär teknik börjat ersättas med bipolar diatermi som avsevärt minskar risken för vätskeresorption. Dessutom har den andra generationens endometriablation kommit; exempelvis ballongablation av endometriet. Den senaste utvecklingen har även medfört att man använder gracila hysteroskop (3-4 mm) som möjliggör många hysteroskopiska ingrepp på mottagningen, utan anestesi och cervixdilatation, s.k. "see and treat setting". I en studie från Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge redovisas resultat av endometriedestruktion med Thermachoice som polikliniskt ingrepp: vid fem års uppföljning var 81 % av kvinnorna nöjda med resultaten. Dessutom krävdes inga kostnader för operationspersonal och anestesi.

Vilken plats har vaginal hysterektomi inom kirurgisk behandling av blödningsrubbningar? Det redovisade Christian Ottosen, Rigshospitalet, Köpenhamn. Cochrane review från 2005 "Surgical approach to hysterectomy for benign gynaecological disease" rekommenderar vaginal hysterektomi som förstahandsalternativ. Jämfört med abdominell teknik har vaginal hysterektomier kortare vård- (1,0 dag vs 1,2 dagar) och konvalescenstid (9,5 dagar vs 12,6 dagar) samt färre postoperativa episoder (OR 0.42, 95%CI 0.21 - 0.83). Jämfört med laparoskopisk hysterektomi har vaginal hysterektomi kortare operationstid. Christian påpekade att det är viktigt med träning under ledning och att vaginal hysterektomi är en metod som går i arv.



Paneldiskussion. Marit Lieng, Martin Farugia och Helena Scheele-Sandström.

Martin Farugia, Storbritannien, delade med sig av erfarenheter av subtotala laparoskopiska hysterektomier i Storbritannien. Metoden är mer och mer efterfrågad av patienter i andra länder, som USA, Storbritannien och Tyskland. De publicerade studierna påvisar att subtotal hysterectomi resulterar i kortare vårdtider och lägre incidens av postoperativa komplikationer. Dock återstår risken att utveckla cancer i cervixstumpen liksom vaginala blödningar från kvarlämnat endometrium. Fler randomiserade studier behövs inom detta ämne.

Hur ser resultaten ut i Sverige? Om det rapporterade registerhållare av Nationella kvalitetsregistret inom gynekologisk kirurgi, Mats Löfgren vid Umeå Universitetssjukhus. Incidensen av hysterectomi i Sverige pga. blödningsrubbingar ligger på 35, 8 % varav rena menorrhagier på 20 %. Andelen endometrieablationer ligger på ca 7 %. Femtiosju procent av hysterectomierna utförs abdominellt, 28 % vaginalt och 8 % laparoskopiskt. Andelen allvarliga peroperativa komplikationer vid hysterectomi ligger på drygt 1 % och fördelas ungefär lika bland de tre metoder.

Andelen postoperativa komplikationer ligger på 2-3 % med högst andel komplikationer inom laparoskopisk hysterectomi. Långtidsallvarliga komplikationer ligger på 4-5,2 % där laparaskopi återigen ligger högst. Intressant är att nästan varje tredje kvinna med menorrhagi (28 %) röker. Ökar rökning blödningsproblemen?

Undertecknade har presenterat ett förslag till "Svenska riktlinjer för menorrhagibehandling" (figur 1). Tyck till och skriv till: miriam.mints@karolinska.se och mans.edlund@karolinska.se

Avslutningsvis vill vi framföra ett stort tack till GYNECARE Johnson & Johnson, Erol AB, Meda AB och Bayer Schering Pharma AB för gott samarbete och sponsring av detta möte.

Miriam Mints och Måns Edlund,
Karolinska Universitetssjukhuset



Förslag till utredning och behandling av menorrhagi.

**ANMÄL
DIG NU!
www.sfogveckan.se**

Learning the pelvic examination

Inspirationskällan till avhandlingen har varit undervisningsmodellen som finns vid Hälsovetenskapliga fakulteten i Linköping, med professionella patienter (PP) som instruktörer för läkarstuderande när dessa skall genomföra sin första gynekologiska undersökning (gynus) och lära sig såväl teknik som adekvat uppförande.

Syfte

Syftet med avhandlingen var att undersöka vilken betydelse det har för professionella patienter, läkarstuderande och kliniska patienter att få lära sig att utföra en gynekologisk undersökning.

Studie I

PP (n=13) intervjuades med kvalitativ teknik om hur de upplevde att vara PP. De kände sig utvalda, aldrig utnyttjade, fick större kunskap om sin kropp och om den gynekologiska undersökningen, och kände att de gjorde något meningsfullt. Kvinnornas tilltagande förmåga att bidra till studenternas lärande i en så intim och känslig undersökningssituation ökade såväl deras självständighet i lärosituationen som deras självkänsla i det dagliga livet. Allt detta bidrog till att kvinnorna kände sig empowered och ”växte som kvinnor i gynstolen”.

Studie II

Studenter (n=24) som undervisats med PP jämfördes med studenter (n=24) som gjort sin första gynus på en klinisk patient. De förra tillägnade sig bättre palpationsfärdigheter, hade oftare med säkerhet känt uterus och adnexa både vid lärotillfället och vid undersökning av kliniska patienter än de senare och hade även genomfört dubbelt så många gynekologiska undersökningar under sin kliniska praktik.

Studie III

Kvinnliga läkarstuderande (n=12) intervjuades med kvalitativ teknik om sina upp-

Karin Siwe
karin.siwe@lio.se

levelser av den teoretiska förberedelsen inför samt utförandet av sin första gynus på en PP.

Genom PP:s kunnskap och förmåga att skapa en trygg, tillåtande och interaktiv miljö kunde kvinnliga studenter övervinna sina största känslomässiga hinder som att titta på en annan kvinnans underliv, röra vid det och på så vis bli undersökare. Lärotillfället ökade de kvinnliga studenternas medvetenhet och intresse för såväl den egna kroppen som för den gynekologiska undersökningen, både som undersökare och patient.

Studie IV

Kvinnor (n=12) som hade tid till en rutinundersökning hos en gynekolog, fick före besöket enskild undervisning (30') om kvinnlig anatomi och gynekologisk undersökning samt fick själva lära sig att utföra en undersökning på simulatorm PelvicSIM. Efter konsultationen intervjuades de om lärotillfället och den egna gynus. Det upplevelsebaserade lärotillfället väckte medvetenhet om en tidigare kunskapsbrist och en nyfikenhet att lära sig mer. Kunskapen gav kvinnorna ökad självkänsla, de kände sig inte lika utlämnade som tidigare under den efterföljande gynus utan kunde interagera bättre med undersökaren, följa med i vad som hände och ställa frågor.

Slutsats

I undervisningsmodellen med PP blir den professionella patienten lärare för studenten och studenten får tillåtelse att vara nybörjare/lärling. Detta skapar en trygg miljö och innebär en förändring av den roll som en student vanligtvis intar i mötet med en patient. Varje student får individuell guidning och feedback av den PP i ”uppförande”, handlag och tekniska fär-



digheter så att undersökningen ska bli bra för såväl patienten som studenten.

För de professionella patienterna, de kvinnliga studenterna och de kliniska patienterna initierades en process som kan sammanfattas som empowerment i betydelsen att en ”empowered” person har en ökad förmåga att agera på ett målinriktat sätt.

Avhandlingen finns publicerad elektroniskt på <http://urn.kb.se>

Avhandlingen baserade sig på följande arbeten:

- I. Siwe K, Wijma B, Berterö C. A stronger and clearer perception of self. Women's experience of being professional patients in teaching the pelvic examination: a qualitative study. *BJOG* 2006; 113: 890-5.
- II. Siwe K, Wijma K, Stjernquist M, Wijma B. Medical students learning the pelvic examination: comparison of outcome in terms of skills between a professional patient and a clinical patient model. *Patient Educ Couns* 2007; 68: 211-7.
- III. Siwe K, Wijma B, Silén C, Berterö C. Performing the first pelvic examination: female medical students' transition to examiners. *Patient Educ Couns* 2007; 69: 55-62.
- IV. Siwe K, Wijma B, Berterö C. Learning to perform the pelvic examination. "Women's active involvement triggers empowerment": a qualitative study. Submitted

I år fyller Svenska Läkarsällskapet 200 år.

Det firas med ett stort antal Berzeli-symposier runt om i Sverige. Ett av dessa Berzeli-symposier kommer att gå av stapeln i Linköping den 4 – 6 september. Titeln på mötet är; Immune regulation – a common link in Reproductive Biology, Infections and Autoimmunity, och det kommer att fokusera på hur immunsystemet påverkar kroppen vid systemsjukdom, men också vid normal och patologisk graviditet.

Vi tror att området är spännande för de inom vår specialitet som sysslar med fertilitet, speciellt tidig graviditet och upprepade missfall, då en hel del nyare rön talar för att immunsystemet är rubbat vid just upprepade tidiga missfall. Även andra aspekter kommer att diskuteras, t ex tänkbara framtida immunmodulerande ämnen, kanske användbara vid obstetriska situationer såsom preeklampsi.

Symposiet har en imponerande samling föreläsare, från när och fjärran. Gå gärna in på hemsidan och läs programmet i detalj,

*<http://www.svls.se/berzelius/4374.cs>
Det vore verkligen roligt med livligt deltagande från kollegor inom vår specialitet.*

Göran Berg

Ordförande i Linköpings Läkarsällskap och tillika ordförande

FÖRLOSSNINGS- LÄKARE

söks

till BB Stockholms jourverksamhet

Vi erbjuder tillfälliga och längre engagemang med flexibel schemaläggning både jour- och dagtid och som anställd vikarie eller som konsult. Dagtid kan även mödravårdstjänstgöring i Stockholms innerstad ingå.

Du ska vara specialistkompetent inom obstetrik och gynekologi, gärna med bakjournskompetens.

BB Stockholm är landets enda privata förlossningsklinik, belägen på Danderyds sjukhus och inriktad mot förväntade normalförlossningar. Vi har ca 2700 födande per år med en sectiofrekvens på 5-6%.

Kontakta öl Ann Hjelm:

ann.hjelm@bb.ptj.se alt 08-6557821

eller

v-chef Anders Björklund:

anders.bjorklund@ptj.se alt 070-4245105



Kalendarium

Mer detaljerad information kan erhållas på SFOGs hemsida www.sfog.se

2008

12 - 14/6	"The Fetus as a Patient" XXIV International Congress, Frankfurt/Main Tyskland	För mer information: http://fetus2008.com/invitation.htm
14-17/6	36th Nordic Congress of Obstetrics and Gynecology, Reykjavik, Island	För mer information: http://www.nfog2008.is Deadline för ansökningar 1 december 2007
25 - 29/8	SFOG-veckan 2008 Skövde	För anmälan och mer information: www.sfogveckan.se
4 - 6/9	Berzelius symposium 74. Reproductive Biology, Infections and Autoimmunity. Linköping	För mer information: www.svls.se/berzelius/4374.cs Sista anmälningsdag 10 augusti.
10 - 13/9	PLACENTA Established hypotheses and current concepts IFPA Meeting 2008/12th EPG Conference Seggau Castle, Österrike	www.ifpaconference.org/2008/
11 - 13/9	7th Athens Congress on Women's Health & Disease, Aten, Grekland	För mer information: www.sfog.se
12 - 14/9	INTERNATIONAL SOCIETY OF GENDER MEDICINE 3 rd International Congress in Gender Medicine Karolinska Institutet, Solna	För mer information: www.sfog.se
24 - 26/9	Berzelius symposium 75. The Aging Male Malmö	För mer information: www.sls.se
6 - 7/10 och 8 - 9/10	ALSO Kurs i akuta förlossningsituationer Skövde	För mer information: www.also-scandinavia.com Sista anmälningsdag är den 23 maj 2008
25 - 28/10	The 12th Biennial International Gynecologic Cancer Society Meeting (IGCS) Bangkok, Thailand	För mer information: http://www.kenes.com
21 - 22/11	Natural Orifice Surgery and Other Innovations - A NESA meeting promoting excellence in surgery, Naples, Italy	För mer information: www.nesacademy.org
26 - 28/11	Riksstämman 2008. Göteborg	För mer information: www.riksstammangoteborg.se
27 - 30/11	IVF 30th ANNIVERSARY The 11th World Congress on Controversies in Obstetrics, Gynecology & Infertility (COGI) Paris, Frankrike	För mer information: http://www.comtecmed.com/cogi/paris/ Deadline for Abstracts Submission: July 27, 2008 Deadline for Early Registration: July 27, 2008

4 - 6/12	Second Congress of the Asia-Pacific Council on Contraception (APCOC) The Venetian Macao-Resort-Hotel, Macau, China	För mer information: www.sfog.se
2009		
5 - 8/3	13 th World Congress on Human Reproduction Venedig, Italien	För mer information: www.humanrep2009.com
14 - 15/5	Assisting fertility - challenges and strategies Stockholm	För mer information: www.svls.se/berzelius/5680.cs
4 - 9/10	FIGO 2009 Kapstaden, Sydafrika	För mer information: http://www.figo2009.org.za

Arbets- och Referens- grupperna inom SFOG

Perinatologi PERINATAL-ARG

Ordförande: Ellika Andolf

KK, Danderyds sjukhus

182 88 Stockholm

Tel: 08-655 50 00

Fax: 08-622 58 33

ellika.andolf@ds.se

Sekreterare: Anders Björklund

UltraGyn/BB Stockholm

Odengatan 69

113 22 Stockholm

Tel: 08-587 103 90

Fax: 08-587 101 90

anders.bjorklund@ptj.se

Minimalinvasiv Gynekologi

MIG-ARG

Ordförande: P-G Larsson

KK, Kärnjukhuset

541 85 Skövde

Tel: 0500-43 10 00

Fax: 0500-43 14 54

p-g.larsson@vgregion.se

Sekreterare: Katarina Englund

KK, Södersjukhuset

118 83 Stockholm

Tel: 08-616 26 38

Fax: 08-616 43 93

katarina.englund@sodersjukhuset.se

Obstetriska och Gynekologiska

Infektioner

INF-ARG

Ordförande: Mats Bergström

KK, Södersjukhuset

118 83 Stockholm

Tel: 08-616 10 00

Fax: 08-616 26 40

Mats.Bergstrom@sodersjukhuset.se

Sekreterare: Ingrid Wikström

KK, Akademiska sjukhuset

751 85 Uppsala

Tel: 018-611 00 00

Fax: 018-55 97 75

ingrid.wikstrom@kbh.uu.se

Familjeplanering FARG

Ordförande: Jan Brynhildsen

KK, Universitetssjukhuset

581 85 Linköping

Tel: 013-13 22 00

Fax: 013-14 81 56

jan.brynhildsen@lio.se

Sekreterare: Kristina Gemzell-

Danielsson

Inst f Kvinnors och Barns Hälsa

Karolinska Universitetssjukhuset, Solna

171 76 Stockholm

Tel: 08-515 521 28

Fax: 08-517 743 14

kristina.gemzell@ki.se

Tonårsgynekologi TON-ARG

Ordförande: Lena Marions

KK, Karolinska Universitetssjukhuset,

Solna

171 76 Stockholm

Tel: 08-517 766 55

Fax: 08-31 81 14

lena.marions@karolinska.se

Sekreterare: Anna Palm

Sundsvalls sjukhus

851 86 Sundsvall

Tel: 060-18 10 00

anna.palm@lvn.se

Urogynekologi och vaginal

kirurgi UR-ARG

Ordförande: Maud Ankardal

KK, SU/ Östra

413 45 Göteborg

Tel: 031-34 34 335

Fax: 031-41 87 17

maud.ankardal@vgregion.se

Sekreterare: Johan Skoglund

KK, Länssjukhuset Ryhov

551 85 Jönköping

Tel: 036-32 14 58

johan.skoglund@lj.se

Cervixcancerprevention C-ARG

Ordförande: Bengt Andrae

KK, Gävle/Sandviken Länssjukhus

801 87 Gävle

Tel: 026-15 41 68

Fax: 026-15 41 56

bengt.andrae@gmail.com

Sekreterare: Kristina Elfgrén

KK, Karolinska Universitetssjukhuset,

Huddinge

141 86 Stockholm

Tel: 08-585 800 00

Fax: 08-585 975 75

kristina.elfgren@karolinska.se

Psykosocial Obstetrik och Gynekologi

samt Sexologi POS-ARG

Ordförande: Inga-Bodil Melinder

Gynmottagningen, Sjukhuset i Arvika

671 90 Arvika

Tel: 0570-71 20 00

inga-bodil.melinder@liv.se

Sekreterare: Katri Nieminen

KK i Östergötland, Lasarettet i Motala

591 85 Motala

Tel: 0141-770 00

Fax: 0141-777 61

katri.nieminen@lio.se

Ofrivillig Barnlöshet FERT-ARG

Ordförande: Claes Gottlieb

Fertilitets- och IVF-kliniken

Sophiahemmet

Box 5605

114 86 Stockholm

Tel: 08-406 20 00

Fax: 08-10 16 21

claes.gottlieb@ki.se

Sekreterare: Margareta Fridström

KK, Karolinska Universitetssjukhuset,

Huddinge

141 86 Stockholm

Tel: 08-585 800 00

Fax: 08-585 875 75

margareta.fridstrom@karolinska.se

Endokrinologi ENDOKRIN-ARG

Ordförande: Angelica Lindén-Hirschberg
KK, Karolinska Universitetssjukhuset, Solna
171 76 Stockholm
Tel: 08-517 700 00
angelica.linden-hirschberg@karolinska.se
Sekreterare: Eva Innala
KK, Norrlands universitetssjukhus
901 85 Umeå
Tel: 090-785 21 61
eva.innala@vll.se

Gynekologisk Tumörkirurgi med Cancervård**TUMÖR-ARG**

Ordförande: Christer Borgfeldt
KK, Universitetssjukhuset Lund
Tel: 046-17 10 00
Fax: 046-15 78 68
christer.borgfeldt@med.lu.se
Sekreterare: Agneta Axelsson
KK, Centrallasarettet Västerås
721 89 Västerås
Tel: 021-70 30 00
Fax: 021-17 52 22
agneta.axelsson@ltv.se

Ultraljudsdiagnostik ULTRA-ARG

Ordförande: Elisabeth Epstein
KK, Universitetssjukhuset MAS
205 02 Malmö
Tel: 040-33 21 68
Fax: 040-96 26 00
elisabeth.epstein@med.lu.se
Sekreterare: Katarina Tunon
KK, Östersunds sjukhus
831 83 Östersund
Tel: 063-15 30 00
Fax: 063-15 45 17
katarina.tunon@jll.se

Hemostasrubbingar HEM-ARG

Ordförande: Pelle Lindqvist
KK, Universitetssjukhuset MAS
205 02 Malmö
Tel: 040-33 21 66
Fax: 040-96 26 00
pelle.lindqvist@med.lu.se
Sekreterare: Eva Östlund
KK, Danderyds sjukhus
162 88 Danderyd
Tel: 08-655 55 00
eva.ostlund@ds.se

Vulva VULV-ARG

Ordförande: Ingela Danielsson
KK, Länssjukhus Sundsvall/Härnösand
851 86 Sundsvall
Tel: 060-18 10 00
Fax: 060-18 15 57
ingela.danielsson@lvn.se
Sekreterare: Nina Bohm-Starke
KK, Danderyds sjukhus
182 88 Danderyd
Tel: 08-655 50 00
nina.bohm-starke@ds.se

Endometrios ENDOMETRIOS-ARG

Ordförande: Matts Olovsson
KK, Akademiska sjukhuset
751 85 Uppsala
Tel: 018-611 57 64
Fax: 018-55 97 75
matts.olvsson@kbh.uu.se
Sekreterare: Margita Blomberg
KK, SU/Östra
416 85 Göteborg
Tel: 031-343 40 00
Fax: 031-25 43 87
margita.blomberg@vgregion.se

Evidensbaserad medicin**EVIDENS-ARG**

Ordförande: Kerstin Nilsson
KK, Örebro Universitetssjukhus
701 85 Örebro
Tel: 019-602 10 00
Fax: 019-12 65 90
kerstin.nilsson@orebroll.se
Sekreterare: Annika Strandell
Gynmottagningen, Kungälv's sjukhus
442 83 Kungälv
Tel: 0303-980 02
annika.strandell@medfak.gu.se

Etik ETIK-ARG

Ordförande: Ulf Högberg
KK, Norrlands universitetssjukhus
901 85 Umeå
Tel: 090-785 68 33
Fax: 090-13 75 40
ulf.hogberg@obgyn.umu.se
Sekreterare: Lotti Helström
KK, Södersjukhuset
118 83 Stockholm
Tel: 08-616 10 00
lotti.helstrom@sodersjukhuset.se

Mödra-Mortalitet MM-ARG

Ordförande: Aljana Mulic-Lutvica
KK, Akademiska Sjukhuset
751 85 Uppsala
Tel: 018-611 00 00
Fax: 018-24 62 86
aljana.mulic-lutvica@akademiska.se
Sekreterare: Sissel Saltvedt
KK, Södersjukhuset
118 83 Stockholm
Tel: 08-616 10 00
sissel.saltvedt@sodersjukhuset.se

Arbets- och Referens-Grupp-Utvecklings-Samordnare**ARGUS**

Professor Lars-Åke Mattsson
KK, Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Östra 416 85 Göteborg
Tel: 031-343 40 00 • Fax: 031-25 83 75
E-post: lars-ake.mattsson@vgregion.se

SFOG-Kansliet

Jeanette Swartz
Drottninggatan 55, 2 tr, 111 21 Stockholm • Tel: 08-440 01 75 • Fax: 08-22 23 30
kansliet@sfog.se • www.sfog.se

Intressegrupper inom SFOG

Privatgynekologerna

Ordförande

Gunnar Möllerström
Oxbackskliniken
Lagmansv 14
152 40 Södertälje
Tel: 08-5509 9100
Fax: 08-5544 3120
E-post: gunnar.mollerstrom@tyfon.com

Håkan Forsgren
Lovisa Läkarmottagning
Saltängsgatan 15
602 22 Norrköping
Tel: 011-16 44 00
E-post: hakan.forsgren@lovisalakarmott.nu

Olof E. Löfgren
Gynhälsan i Trelleborg
Gamla Torget 3 A
231 63 Trelleborg
Tel: 0410-407 60
Fax: 0410-407 60
E-post: tremottab@swipnet.se

Mödrahälsovårdsöverläkargruppen

Ordförande

Marie Lindroth
Verksamhetsområde Barn-Familj och kvinnor
Helsingborgs lasarett
S. Vallgatan 5
251 87 Helsingborg
Tel: 042-4062254
E-post: marie.lindroth@skane.se

Sekreterare

Agneta Romin
Falun lasarett, Kvinnokliniken
791 82 Falun
Tel: 023-492000, 023-69951
Fax: 023-490989
E-post: agneta.romin@ltdalarna.se

Obstetiker och gynekologer under utbildning (OGU)

Ordförande

Mårten Strömberg
KK, Sahlgrenska universitetssjukhuset
416 85 Göteborg
Tel: 031-34 20 00

E-post: marten.stromberg@vgregion.se

Sekreterare

Charlotta Ersmark
KK, Södersjukhuset
118 83 Stockholm
Tel: 08-616 10 00

E-post: charlotta.ersmark@sodersjukhuset.se

Gruppen för öppenvårdsgynekologi

Ordförande: Inga Sjöberg

Ersboda vårdcentral
Hälsogränd 3
906 25 Umeå
Tel: 090-785 81 81
E-post: inga.sjoberg@vll.se

Peter Krug

Gyn. mott., Sjukhuset
Box 113
311 22 Falkenberg
Tel: 0346-560 44
Fax: 0346-581 83
E-post: peter.krug@lthalland.se

SFOG

ANMÄLNINGSBLANKETT

Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi är en förening för alla läkare som är verksamma inom specialiteten, specialister såväl som icke-specialister. SFOG är en specialitetsförening inom Sveriges Läkarförbund och den äldsta sektionen inom Svenska Läkaresällskapet.

Medlem av SFOG bör tillhöra Sveriges Läkarförbund, som är den fackliga huvudorganisationen. Man bör också vara medlem i Svenska Läkaresällskapet. Alla medlemmar i SFOG är anslutna till Nordisk Förening för Obstetrik och Gynekologi (NFOG) och Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique (FIGO), Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS) samt European Board and College of Obstetricians and Gynecologists (EBCOG).

I medlemsbladet, som publiceras fem nummer per år, dryftas angelägenheter som berör specialiteten. Där annonseras också fortbildningskurser, möten och symposier. Man får också ACTA Obstetrica et Gynecologica Scandinavica, som utkommer med 9-12 nummer per år.

Föreningen har ett antal arbets- och referensgrupper (AR-Grupper) som är öppna för alla. Dessa grupper bevakar olika delar av specialiteten, ger ut ARG-rapporter och medverkar till vidareutbildning. Som medlem i SFOG är man abonnent på ARG-rapporterna till en reducerad kostnad (300:-/år).

Årsavgiften till föreningen är 700 kronor. Prenumeration på ARG-rapporter är avdragsgill i deklARATIONEN. I och med Din anmälan registreras Du i SFOGs datoriserade medlemsregister.

För medlemmar i SFOG anordnas fortbildningskurser. SFOG ansvarar för det vetenskapliga programmet inom obstetrik och gynekologi vid den medicinska riksstämman.

De flesta som söker nytt medlemskap är fortfarande under utbildning. Obstetriker/Gynekologer under Utbildning (OGU) är en av flera intressegrupper inom SFOG. OGU vänder sig till alla under specialistutbildning men även till vikarierande yngre kolleger med intresse för specialiteten och yngre specialister. Aktiviteterna går bl a ut på att bevaka specialistutbildningens utformning och innehåll, att försöka underlätta för internationellt utbyte som del av utbildningen och att arrangera en årlig konferens för utbildning och debatt om utbildningsfrågor inom specialiteten.

Bli medlem i SFOG, så kan Du hålla Dig välinformerad om vad som händer inom Din specialitet.

Skickas/faxas till

SFOG-Kansliet, Drottninggatan 55, 2 tr, 111 21 Stockholm

Telefax: 08-22 23 30 • Anmälan via internet: www.sfog.se

Jag vill bli medlem i SFOG:

Namn

Adress bostad

Adress arbete

Telefon bostad Telefon arbete

Mailadress

Personnummer _ _ _ _ _ - _ _ _ _

Medlem i Sveriges Läkarförbund Ja Nej

Medlem i Svenska Läkaresällskapet Ja Nej

NEJ TACK! Jag vill inte ha medlemsförmånen att vara ARG-rapport abonnent för en kostnad av f.n. 300 kr/år (motsvarande tre rapporter).

Jag önskar bli medlem i OGU Specialist Icke specialist

Datum: Namnunderskrift:

BESTÄLLNINGSBLANKETT ARG-RAPPORTER

Svensk Förenings för Obstetrik & Gynekologi Arbets- och Referensgruppers rapportserie

Alternativ I

Jag anmäler mig t v som ständig abonnent på ARGs rapportserie. Varje ny rapport som publiceras i serien skall automatiskt tillsändas mig mot betalning enligt bifogad faktura (rabatt 50:-/rapport), intill dess jag skriftligen anmäler annorlunda. Jag förbinder mig att betala de rapporter jag fått tillsända intill dess jag uppsäger mitt abonnemang.

Alternativ II

Jag beställer nedanstående rapporter (markerade med kryss i vederbörande ruta) att tillställas mig per post. Betalning sker mot medsänd faktura.

OBS! Glöm ej ange alternativ

Namn _____

Adress _____

Postnummer och postadress _____

Jag vill beställa följande redan utgivna ARG-rapporter:

Nr 1-16 och 18-27, 35-36 har utgått

Pris/st exkl. moms, porto & exp. avg 50:-

- | | | |
|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|-------|
| <input type="checkbox"/> | Nr 17 Prolaps. 1989 | 100:- |
| <input type="checkbox"/> | Nr 28 Sexuella övergrepp mot barn och ungdomar. 1994 | 100:- |
| <input type="checkbox"/> | Nr 29 Komplikationer vid Obstetrisk & Gynekologisk kirurgi. 1995 | 100:- |
| <input type="checkbox"/> | Nr 30 Genitala infektioner hos kvinnan. 1996 | 100:- |
| <input type="checkbox"/> | Nr 31 Assisterad befruktning och preimplantatorisk diagnostik i Sverige. 1996 | 100:- |
| <input type="checkbox"/> | Nr 32 Gynekologisk endoskopi - del 1. 1996 | 100:- |
| <input type="checkbox"/> | Nr 33 Sexologi ur gynekologisk synvinkel. 1996 | 100:- |
| <input type="checkbox"/> | Nr 34 Att förebygga cervixcancer samt vaginal- och vulvacancer. 1997 | 100:- |
| <input type="checkbox"/> | Nr 37 Ofrivillig barnlöshet. 1998 | 100:- |
| <input type="checkbox"/> | Nr 38 Substitutionsbehandling i klimakteriet - aktuella synpunkter. 1998 | 100:- |
| <input type="checkbox"/> | Nr 39 Kvinnlig urininkontinens. 1998 | 100:- |
| <input type="checkbox"/> | Nr 40 Ungdomsgynekologi. 1999 | 100:- |
| <input type="checkbox"/> | Nr 41 Cancer, graviditet och fertilitet. 1999 | 100:- |
| <input type="checkbox"/> | Nr 42 Gynekologisk ultraljudsdiagnostik. 2000 | 100:- |
| <input type="checkbox"/> | Nr 43 Infektioner hos gravida kvinnor. 2000 | 100:- |
| <input type="checkbox"/> | Nr 44 Vulvacancer. 2000 | 100:- |
| <input type="checkbox"/> | Nr 45 Gynekologisk endoskopi - del 2. 2001 | 100:- |
| <input type="checkbox"/> | Nr 46 Anal inkontinens hos kvinnor. 2001 | 100:- |
| <input type="checkbox"/> | Nr 47 Intrauterin fosterdöd (IUFD). 2002 | 100:- |
| <input type="checkbox"/> | Nr 48 Vulvasjukdomar. 2003 | 100:- |
| <input type="checkbox"/> | Nr 49 Hemostasrubbnings inom obstetrik och gynekologi. 2004 | 100:- |
| <input type="checkbox"/> | Nr 50 Metodbok för evidensbaserad obstetrik och gynekologi. 2004 | 100:- |
| <input type="checkbox"/> | Nr 51 Förlossningsrädsla. 2004 | 100:- |
| <input type="checkbox"/> | Nr 52 Perinatalt omhändertagande vid extrem underburenhet. 2004 | 100:- |
| <input type="checkbox"/> | Nr 53 Bröstat. 2005 | 100:- |
| <input type="checkbox"/> | Nr 54 Inducerad abort. 2006 | 100:- |
| <input type="checkbox"/> | Nr 55 Obstetrisk ultraljud. 2007 | 300:- |
| <input type="checkbox"/> | Nr 56 Endometriosis. 2008 | 300:- |
| <input type="checkbox"/> | Nr 57 Asfyxi och neonatal HLR. 2008 | 300:- |

Insändes till:

SFOG-Kansliet • Drottninggatan 55, 2 tr • 111 21 Stockholm • Fax: 08-22 23 30

E-post: kansliet@sfog.se • Internet: www.sfog.se

Posttidning B

SFOG

Drottninggatan 55, 2 tr
111 21 Stockholm



Hjärtligt välkommen till

SFOG-veckan i Skövde!

Från Kvinnoklinikerna vid Universitetssjukhuset i Göteborg och Skövde är vi glada för att kunna erbjuda Dig inspirerande dagar med ett intressant vetenskapligt program och trevliga kvällsaktiviteter.

Veckan inleds med huvudsakligen obstetriska ämnen på Måndag och Tisdag. Onsdagen bjuder på ett blandat innehåll med bland annat förenings symposiet som vi reserverar åt ett aktuellt ämne. Vidare träffas flera Arbets- och referensgrupper denna dag. På Torsdag och Fredag behandlas framför allt gynekologiska ämnen. Även i år kommer vi att presentera nya avhandlingar inom både obstetrik och gynekologi. Förutom medlemmar i SFOG är upp till 150 barnmorskor välkomna.

Mötet är förlagt till välkända Hotel Billinge hus med dess magnifika utsikt över Billingesluttningen, natursköna motionsspår och möjlighet till avkoppling med spa.

Det är lätt att ta sig till Skövde. X2000 tar Dig hit på 2 timmar från Stockholm och på 4 timmar från Malmö. Kom till SFOG-veckan för att laddas med kunskap, utbyta erfarenheter och träffa gamla och nya vänner! Boka in vecka 35 den 25-29 augusti 2008 i din almanacka redan nu!

Anmälan och bokning av hotellrum görs på SFOG-veckans hemsida www.sfogveckan.se

Väl mött!

För organisationskommittén

Gerald Wallsterson
Verksamhetschef
Kvinnokliniken Skövde



Varmt välkommen!